



FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**ADHERENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y EL CRECIMIENTO
DE NIÑOS DE 0 – 6 MESES DEL ÁREA DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DEL NIÑO EN EL CENTRO DE
SALUD MORONACocha - 2018**

Para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR:

Bach. Candy Lucia Ysabel Torres Mazuca

ASESOR:

Dr. Pedro Antonio Gratelly Silva

Iquitos – Perú

2018

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio, convirtiéndose muchas veces en el cimiento de mi desarrollo personal y profesional.

A G R A D E C I M I E N T O

Agradecemos principalmente a todo el personal del Centro de Salud Moronacocha, por las facilidades brindadas y el libre desplazamiento dentro de su ambiente, en especial a las licenciadas en enfermería del Consultorio de crecimiento y desarrollo del niño (CRED); ya que gracias a ello fue posible captar a las madres de familia de nuestra población en estudio que acudieron a realizarle a sus niños sus controles.

RESUMEN

“La lactancia materna es la forma natural de alimentación de la especie humana que proporciona al recién nacido, el alimento ideal para su crecimiento y desarrollo. Presente investigación tiene como **objetivo:** determinar la relación entre la adherencia de la lactancia materna y el crecimiento de niños de 0 – 6 meses que acuden al servicio de Crecimiento y desarrollo del niño del Centro de Salud Moronacocha - 2018

Metodología: el estudio es tipo cuantitativo y el tipo de diseño fue descriptivo correlacional. La muestra estuvo constituida por 68 niños menores que acuden al centro de salud Moronacocha. **Resultados:** el 34 % representa las edades entre 19 – 24 años, 41.5 % edades entre 25 – 29 años y el 24.5 % la muestra estuvo edades entre 30-39 años, con respecto al grado de instrucción el 9,4 % tiene primaria completa, un 77.4 % tiene secundaria completa y el 13.2 % tiene estudios superiores, y un 37.7 % no presentan adherencia a la lactancia materna hasta los 6 meses de edad de sus niños y el 62.3 % si mostró adherencia a esta práctica, por último en relación al crecimiento de los niños se observó que el 50.9 % tienen un crecimiento Normal, 11.3 % tienen un crecimiento regular y un 37.7 % tienen un crecimiento en riesgo, con relación a la adherencia de la lactancia materna realizado por las madres.

Conclusión: la relación entre la adherencia a la lactancia y el crecimiento del niño se aceptó la hipótesis planteada en la investigación ya que se obtuvo un $\chi^2_c = 53.00$ gl = 2 $\alpha = 0,05$ p = 0,000.

Palabras clave: Crecimiento, adherencia y lactancia Materna.

ABSTRACT

Breastfeeding is the natural way of feeding the human species that provides the newborn, the ideal food for their growth and development. The **objective**: of this research is to determine the relationship between the adherence to breastfeeding and the growth of children from 0 - 6 months who attend the service of Growth and development of the child of the Health Center Moronacocha - 2018

Methodology: the study is quantitative type and the type of design was descriptive correlational. The sample consisted of 68 younger children who attend the Moronacocha health center. **Results**: 34% represented ages between 19 - 24 years, 41.5% ages between 25 - 29 years and 24.5% the sample was between 30-39 years old, with respect to the level of education 9.4% had complete primary, 77.4% have completed high school and 13.2% have higher education, and 37.7% do not show adherence to breastfeeding until 6 months of age of their children and 62.3% did show adherence to this practice, finally in relation to The growth of children showed that 50.9% have normal growth, 11.3% have a regular growth and 37.7% have a growth in risk, in relation to the adherence of breastfeeding performed by mothers.

Conclusion: the relation between the adherence to lactation and the growth of the child was accepted the hypothesis raised in the investigation since it was obtained an $\chi^2 = 53.00$ $gl = 2$ $\alpha = 0.05$ $p = 0.000$.

Keywords: Maternal growth, adherence and lactation.

ÍNDICE	Página
Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Resumen	iii
Abstract	iv
Índice	v
Introducción	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1. Descripción de la realidad problemática	5
1.2. Formulación del problema	7
1.3. Objetivos de la investigación	8
1.3.1. Objetivo General	8
1.3.2. Objetivos Específicos	8
1.4. Justificación de la investigación	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1. Antecedentes de la investigación	11
2.1.1. A nivel internacional	11
2.1.2. A nivel Nacional	13
2.2. Bases teóricas	14
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	41
3.1. Hipótesis de la investigación	41
3.2. Tipo de investigación	41
3.3. Diseño de la Investigación	42
3.4. Método	42
3.5. Población y muestra	43
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	43
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	45
4.1. Análisis de tablas y gráficos	45
DISCUSIÓN	51
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	59

Introducción

“La lactancia materna es una de las prácticas importantes que los organismos nacionales e internacionales que buscan impulsar día a día a las madres. Los primeros años de vida de los niños, constituyen el período de crecimiento y desarrollo más rápido y a su vez el más vulnerable; por ello es importante proporcionarle una alimentación suficiente y adecuada, siendo la adherencia de la lactancia materna el alimento óptimo para el mejor crecimiento, desarrollo y maduración durante los primeros 6 meses de vida”¹.

Amamantar ayuda a la madre a mejorar su salud, reduciendo las hemorragias postparto, “diversos estudios epidemiológicos han documentado las ventajas que se desprenden la adherencia de la lactancia materna que los niños, madres, familias y la sociedad. A pesar de estos beneficios, actualmente un gran número de mujeres en todo el mundo no amamantan a sus hijos o los alimentan al seno materno sólo por periodos cortos. Desde la década de los setenta, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) pusieron en marcha diversas estrategias para la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia natural”².

La OMS señala que la lactancia materna es “un modelo nutricional que cumple una función metabólica inherente, como también nutrientes que fomentan el crecimiento y promueven el sistema defensivo y de resistencia del niño amamantado. Este tipo de leche contiene elementos esenciales para el buen

desarrollo del sistema nervioso del lactante, que no están presentes en las otras variedades de leches, lo que le permite del mismo modo favorecer el desarrollo psicomotor y la inteligencia del recién nacido al ser amamantado por su madre”¹.

Así mismo, “es una forma de alimentación natural, que debe ser exclusiva hasta los seis meses de edad y puede ser seguida por una alimentación complementaria hasta los dos años, donde se incorporan otro tipo de alimentos y de valores nutricionales para el lactante. Además esta forma de alimentación natural constituye un factor de protección celular y humoral, fortaleciendo la afiliación materna filial. La leche materna es un alimento óptimo para el lactante y su composición es la ideal para el mejor crecimiento, desarrollo y maduración durante los primeros 4 a 6 meses de vida”. Su prolongación hasta aproximadamente los dos años de edad tiene efectos protectores frente a múltiples enfermedades agudas y crónicas, y mejora el desarrollo cognitivo y el ajuste social a largo plazo de lactancia, sin olvidar que además aporta beneficios en la salud de la madre. Los beneficios de la lactancia materna se han visto asociados también con el aumento de la capacidad cognitiva, la prevención de la obesidad infantil y con el desarrollo psicosocial⁽⁷⁾.

De acuerdo a UNICEF, el retraso de crecimiento observado en los niños no mayores de 6 meses se traduce en una combinación entre la aparición de nuevas fórmulas lácteas, así como la falta de lactancia por parte de la madre a los recién nacidos no mayores de 6 meses. Por lo que refleja la pérdida de peso en gran parte, por lo que se generado la aparición de controversias “sobre los beneficios de la lactancia materna hasta el primer año de vida, ya que se ha observado una asociación entre lactancia materna y la prevención de las infecciones durante los primeros trimestres de vida”⁽²⁾⁽³⁾.

UNICEF (2013), sostiene además que “los problemas de crecimiento se producen fundamentalmente antes de los dos años de edad y existen múltiples factores de riesgo que favorecen esta condición: el bajo peso al nacer, lactancia artificial, lactancia mixta, alimentación complementaria inadecuada, hábitos alimentarios inadecuados, déficit en el saneamiento básico, falta de acceso a los servicios de salud y enfermedades agudas infecciosas a repetición, son algunos de ellos”⁽⁵⁾⁽²⁴⁾.

La “OPS señalo que el riesgo de morir de los niños menores de un año de edad alimentados artificialmente, es de 3 a 5 veces mayor que para los alimentados del seno materno. La mayoría de las muertes relacionadas con la alimentación artificial se manifiesta por enfermedades diarreicas. Solo en Latinoamérica hay de 500 mil muertes anualmente en menores de 5 años, resultantes de infecciones intestinales”⁽²⁴⁾. “El riesgo de morir asociado con la alimentación artificial es de 14 veces mayor”⁽²⁴⁾.

Para el Ministerio de Salud (MINSA), la maternidad “en adolescente es un problema de salud pública, a nivel mundial representando del 15 al 25 % del total, a nivel de América Latina y el Caribe el porcentaje se ha incrementado alarmantemente. En el Perú el porcentaje de quienes son madres es 13.9 % , de éstas el 10.5 % son madres”⁽⁴⁾. Estas cifras reflejan un problema de salud pública, ya que la maternidad en adolescentes es una causa de desconocimiento de la alimentación e importancia de la lactancia materna en un niño de 0 – 6 meses, convirtiéndose en uno de los factores de riesgo de anemia, falta de desarrollo y crecimiento en el recién nacido⁽⁴⁾.

Según ENDES 2013, en el Perú, la adherencia de la “lactancia materna ha oscilado entre el 67,2 % y el 68,3 % siendo menores los niveles en las zonas

costeras urbanas, debido a la promoción del consumo de fórmulas infantiles y sucedáneas de la leche materna tanto en los establecimientos de salud como en los medios de comunicación”⁽¹⁸⁾.

Debido a esto en MINSA ha implementado programas de “capacitación sobre lactancia al personal de salud que acompaña de cambios en el programa institucional de lactancia y en la práctica clínica, lo que a su vez influye en los patrones de alimentación con un probable incremento en el número de niños con lactancia materna, un mejor crecimiento y una menor morbilidad durante sus primeros seis meses de vida”⁽²⁾⁽⁹⁾.

Los profesionales de la salud específicamente del Servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en donde hay un trabajo intenso de profesionales en enfermería “han logrado aumentar el promedio de mujeres que se han decidido a amamantar a su hijo, pero deben poner énfasis a los conocimientos otorgados, es decir que la calidad de los conocimientos sea alta para lograr el 100% de eficacia en la adherencia de la lactancia materna y prevalezca en mayor grado”⁽⁹⁾, el cual por medio de los programas que se desarrollaron en la ciudad de Iquitos, específicamente en las postas se está consiguiendo la concientización e importancia de la lactancia materna en el crecimiento de los niños de 0 - 6 meses, se socializó el Plan Institucional Anual para la Promoción, Protección y Fomento de la Lactancia Materna 2017 el programa denominado “**BEBE CHUCHUTERO**”, el cual se tuvo un gran éxito gracias a la participación de todas las madres de la ciudad de Iquitos con apoyo de sus respectivas Centros de salud.

CAPITULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

“Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) recomiendan como imprescindible la lactancia materna durante los seis primeros meses del recién nacido. La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. La OMS recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida”⁽²⁴⁾.

Dichas organizaciones (OMS/OPS) en 1992 “Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños” (IHAN) con la idea de fortalecer la lactancia materna ayudando a las mujeres a ejercer el tipo de maternidad que lo propicia. La iniciativa “Hospitales Amigos de los Niños” “se ha aplicado en aproximadamente 16000 hospitales de 171 países y ha contribuido a mejorar la adhesión a la lactancia materna en todo el mundo”, sin embargo existen factores que se debe reconsiderar, que los embarazos a temprana edad ha convertido que las cifras disminuyan, Ante esto las organizaciones internacionales han elaborado un “Plan Estratégico Multisectorial para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna 2013-2021, que busca reforzar la aplicación de la normativa existente sobre la alimentación de los lactantes, garantizar la disponibilidad de salas de lactancia en los lugares de trabajo, y reevaluar los hospitales, para confirmar y siguen apoyando la lactancia natural”^{18 24}.

“Las acciones de promoción de la adherencia de la lactancia materna que impulsa el Ministerio de Salud (Minsa), con la participación de todos los actores sociales, han permitido un importante avance en el fortalecimiento de la lactancia infantil y su importancia en el crecimiento del niño. Ahora son cada vez más las madres que prefieren dar de lactar a sus hijos, de acuerdo a lo estudiado por el programa social denominado “Construyendo Alianzas para la promoción y protección de la lactancia materna”⁸.

Mediante estas medidas, “el Perú intentará aumentar la tasa de adherencia de lactancia materna hasta los seis meses y continuación de la lactancia hasta los 24 meses en un 2% anual hasta 2021. En el Perú durante el periodo 2000-2010, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES-2011), la proporción de menores de seis meses de edad con Lactancia Materna Exclusiva (LME) se ha incrementado de 67,2% a 68,3%”⁽⁸⁾. Mientras que los años 2011 - 2012, las cifras fueron variando de 58.3% (2011), 70.6% (2012). En el 2015 la lactancia materna infantil registro un 65.2% y 69.8% en 2016⁸⁻¹⁸.

En donde ENDES sostiene que en “las áreas rurales se ha incrementado en mayor proporción, siendo las zonas de selva donde se concentra un mayor porcentaje de 77.7%, cifra que se mantiene desde el 2015. En la sierra es donde mayores coberturas se han alcanzado en el 2016 con un 80.3% a diferencia del año anterior que fue el 78.3%. Y en los ámbitos urbanos y de la costa, el porcentaje ha crecido de 54.6% (2015) a 61.2% (2016)”⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾.

“Las regiones que tienen mayores índices en la práctica de la Lactancia Materna son: Huancavelica (100%), Pasco (94.6%), Apurímac (88.3%), Loreto (85.3%), Puno (85.1%), Ayacucho y Cusco (84.9%). No obstante,

hay regiones donde se busca afianzar las acciones de promoción por presentar cifras muy bajas, tales como Tumbes (29.6%), Ica (40.6%) Madre de Dios (45.3%) y Callao (46.4%)”⁽¹⁸⁾.

Sin embargo no podemos olvidar que el embarazo adolescente, que de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), a través de la Encuesta de Demografía y Salud, muestran que los embarazos en adolescentes aumentaron considerablemente en los años 2014, 2015 y 2016, lo que conlleva que exista situaciones donde a pesar que el Perú es un país que intenta destacar como regulador de la promoción de la lactancia materna del cual viene alcanzando grandes resultados en algunas regiones, se consta un aumento de embarazo adolescentes y del uso de los sucedáneos de la leche materna por parte de las madres de algunas zonas costera del país y en pequeños porcentajes en la amazonia, lo cual socava los objetivos antes mencionados que se quieren lograr⁽¹⁹⁾.

Por lo que en la presente investigación nos enfocamos en la relación de la adherencia de la lactancia materna en el crecimiento del lactante en edades de 0 – 6 meses respectivamente. Es importante hacer énfasis sobre la importancia de la lactancia materna durante la etapa prenatal de la madre, para que la continúe con éxito, sanamente en el período post parto, ya que la lactancia materna para los niños (as) durante los primeros seis meses de vida es de suma importancia.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

¿Existe relación entre la adherencia de la lactancia materna y el crecimiento de niños de 0 – 6 meses que acuden al área Crecimiento y desarrollo del niño (CREDE) Moronacocha – 2018?

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1. Objetivo General:

Determinar la relación de la adherencia de la lactancia materna y el crecimiento de niños de 0 – 6 meses que acuden al área de CRED del centro de salud Moronacocha – 2018.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar las variables relevantes de la adherencia de la lactancia materna en las madres de niños de 0 – 6 meses que acuden al área de CRED del Centro de Salud Moronacocha – 2018.
- Evaluar los indicadores del crecimiento relevante de niños de 0 – 6 meses que acuden al área CRED del Centro de Salud Moronacocha.
- Establecer la relación de la adherencia de la lactancia materna con el crecimiento de niños de 0 – 6 meses que acuden al área de CRED del Centro de Salud Moronacocha – 2018.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación, da a conocer sobre la importancia de la adherencia de la lactancia materna en el desarrollo del crecimiento de los niños(as) en edades de 0 – 6 meses, ya que aún sigue existiendo un porcentaje de desconocimiento por parte de las madres gestantes sobre la lactancia, lo que garantizaría que cada niño o niña alcance su potencial y se integre como parte productiva en una sociedad globalizada.

“La lactancia materna constituye el alimento ideal que satisface estas necesidades im postergables del infante y que además fortalece la relación afectiva madre-hijo brindándole seguridad y confianza al infante; sin embargo, cada año en el Perú hay 320 mil niños que no reciben lactancia materna antes de la primera hora de vida, esto significa que la mitad de los niños que nacen no están recibiendo lactancia materna en la primera hora, con los riesgos que ello implica para su supervivencia y adecuado desarrollo en no poder alcanzar su pleno potencial cognitivo y social. Aun así aunque mucho se ha especulado acerca de la importancia a la lactancia materna para una buena nutrición y crecimiento, la realidad es que el problema sigue siendo evidente a pesar de la promoción y los programas educativos que se desarrollan para fomentar esta práctica”⁽⁹⁾.

Donde el principal objetivo es dar a conocer a las madres la importancia que tiene la leche materna en el crecimiento del niño, también el propiciar una alimentación adecuada durante el embarazo esto nos permitirá orientar a las madres a conocer los valores nutricionales que aporta la leche materna, para cada niño, tomando en cuenta que el brindar una alimentación adecuada ayudara a que no se presente enfermedades y al mismo tiempo a que su

sistema inmunológico este equilibrado para así en un futuro no se presente complicaciones en la salud de los niños.

Por ello es evidente conocer las necesidades que tienen las madres gestantes para con ello ayudar a que desde el vientre pueda estimularle de mejor manera a su hijo y brindarle una buena alimentación, por lo tanto mediante este trabajo de investigación se lograra buscar posibles soluciones a dicho problema que se presenta en las madres, por la falta de orientación de los beneficios de la lactancia materna.

“La lactancia materna proporciona la alimentación ideal y contribuye al crecimiento y desarrollo saludable, reduciendo la incidencia y gravedad de enfermedades lo que conlleva a la disminución la morbilidad y mortalidad infantil, lo que confiere al niño mayor resistencia a las infecciones”⁽¹⁰⁾.

“Es por ello que el presente trabajo de investigación se justifica en dar a conocer la relación de adherencia de la lactancia materna durante los primeros 6 meses, como factor relevante para el crecimiento óptimo de todo niño y proporcionar al personal de enfermería información que demuestre que existe una relación entre la lactancia materna y el crecimiento de los niños”⁽¹⁰⁾.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION:

A continuación se presenta la revisión de la literatura, expresando la existencia de algunos trabajos de investigación de carácter internacional relacionado con el tema de investigación:

2.1.1. A nivel internacional:

Maldonado E., (Ecuador, 2015), realizó un estudio denominado “Lactancia Materna vs. Alimentación con Fórmulas Lácteas. Estudio Comparativo de sus Efectos en el Desarrollo Psicomotriz y crecimiento en niños entre 6 a 24 meses de edad, realizado en el Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón, Octubre 2004 - Marzo 2005” “de tipo casos y controles. El cual tuvo como objetivo general evaluar el desarrollo motor y crecimiento de niños entre 6 y 24 meses, que recibieron lactancia materna o alimentación con fórmulas lácteas, durante los primeros 6 meses de vida en donde la población estudiada estuvo conformado por 66 niños entre 6 y 24 meses de edad, 15 fueron alimentados exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida con fórmulas lácteas, mientras que los 51 restantes con leche materna. Entre sus conclusiones señalan que existen más niños lactando maternalmente, que alimentados con fórmulas durante los primeros 6 meses lo que asegura un buen desarrollo y crecimiento”⁽⁷⁾.

Sevilla R., Zalles L., y |Santa Cruz W., (México, 2011) realizaron un estudio sobre “Lactancia Materna vs Nuevas Fórmulas Lácteas Artificiales: evaluación del impacto en el Desarrollo y crecimiento 2011, cuyo objetivo fue

Determinar el efecto de lactancia materna y fórmulas artificiales en estado nutricional del par madre-niño/a, desarrollo psicomotor y crecimiento; en donde la población de estudio estuvo conformada por 369 niños que ingresaron al estudio: 265 recibieron lactancia materna exclusiva, 104 fórmula artificial exclusiva. Entre sus conclusiones fue que El aporte de la leche materna, beneficia no solo al niño/a, sino que contribuye a la relación madre-niño/a, lo que permite considerar investigaciones y/o estrategias que trabajen sobre el apego a la lactancia materna con inclusión importante del entorno social (pareja, familia). La leche materna y el acto de mamar en la relación madre niño, al parecer son partes importantes de un código secreto que debe continuarse descifrando para perennizar la especie humana sana”⁽⁹⁾.

Chasi J., (Ecuador, 2012) realizó un estudio sobre el “Crecimiento y Desarrollo Psicomotor en niños menores de un año en relación con la Lactancia Materna y Artificial en el Hospital Provincial general de Latacunga Septiembre 2011- Enero 2012 estudio de tipo cuali-cuantitativo, transversal, el cual tuvo como objetivos diseñar un programa educativo orientado a capacitar, sobre la importancia de la relación nutrición desarrollo infantil a las madres que se encuentran dando de lactar en el Hospital Provincial General de Latacunga periodo Septiembre 2011-Enero 2012 y fundamentar científicamente sobre la relación entre nutrición, lactancia (materna y artificial) y desarrollo en niños menores de un año. Su población de estudio consto de 30 madres que en el momento de realizar estaban dando de lactar. Entre sus conclusiones: *Se reconoce que la lactancia y la alimentación complementaria son componentes fundamentales en las estrategias de desarrollo integral de la primera infancia y que a mediano y largo plazo contribuye a mejorar el rendimiento escolar*”⁽¹⁰⁾.

2.1.2. A nivel Nacional

Hernández M, Pareja L, Bellido Z, (Perú, 2008); “analizaron el Conocimientos sobre lactancia materna que poseen las primigestas que acuden al control pre-natal del Hospital Nacional Docente .Madre - Niño San Bartolomé”⁽²⁰⁾.

“M ayo-1997”, los resultados que se obtuvieron fueron que en relación a los conocimientos sobre lactancia materna que poseen las primigestas que acuden al control pre-natal, el 41% de las encuestadas tienen conocimientos adecuados y el 59% poseen conocimientos inadecuados. En cuanto a la práctica de lactancia materna el 63% tiene conocimientos adecuados y el 37% posee conocimientos inadecuados. Concluyendo que es preocupante que las primigestas no tengan conocimientos adecuado sobre lactancia materna y la técnica de esta”⁽²⁰⁾.

Ubillús G y Lamas C (Perú, 2009); “realizaron un estudio del Estado nutricional del lactante de uno a seis meses y tipo de lactancia; el objetivo Identificar el estado nutricional de lactantes de uno a seis meses que acuden a consultorio externo en relación el tipo de lactancia. Se realizó un estudio observacional descriptivo en el Instituto Nacional de Salud del Niño, con una muestras de 250 niños entre 1-6 meses de edad se evaluó talla, peso y perímetro cefálico; obteniendo los siguientes resultados: 92,8% (129) recibe lactancia materna exclusiva, 40% (34) con lactancia mixta y 34,6% (9) con lactancia artificial. Los lactantes con desnutrición aguda, de acuerdo al tipo de lactancia, fue: 34,6% (5) en el grupo de lactancia artificial, 12,9% (11) con lactancia mixta y 1,4% (2) con lactancia materna exclusiva. Se concluye que en el grupo de lactantes con lactancia materna exclusiva se observó mayor porcentaje de niños eutróficos, con adecuados índices de peso y talla para la edad. En lactantes con lactancia mixta y artificial se observó mayor sobrepeso y/o desnutrición aguda”⁽²¹⁾.

2.2. BASES TEÓRICAS

LACTANCIA MATERNA:

DEFINICIÓN

“La lactancia materna es un término usado en forma general para hacer referencia a la alimentación básica más beneficiosa que puede recibir el recién nacido y lactante a través del seno materno, ya que a mediante ella se asegura la nutrición completa, suficiente, equilibrada y adecuada a las necesidades nutricionales que requiere todo ser vivo en sus primeros meses de vida”⁽²⁵⁾.

IMPORTANCIA

“La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida. La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al niño de enfermedades infecciosas y crónicas”^{(26) (27)}.

“La lactancia natural reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad. La lactancia natural contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente”⁽²⁷⁾.

Para que las madres puedan practicar el amamantamiento exclusivo durante los seis primeros meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:

- Iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida;
- Practicar el amamantamiento exclusivo, es decir, proporcionar al lactante únicamente leche materna, sin otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua.
- Dar el pecho cuando el niño lo reclame, ya sea de día o de noche.
- No utilizar sucedáneos.

“El lactante alimentado por su propia madre desde el nacimiento, lleva un estilo de vida que se caracteriza por: satisfacción de sus necesidades nutricionales en forma flexible, acorde a su propia tolerancia y ritmo; contacto placentero y frecuente con su madre que le otorga singular sensación de seguridad, al mismo tiempo que estimulación sicomotora personalizada y cuidados generales adecuados; recibe lactancia materna modulada por su propio apetito y la atención de su madre, en frecuencia personal por demanda; la lactancia lo protege de frecuentes enfermedades que interfieran con su progreso evolutivo”^{(12) (13)}.

“En concordancia con las características mencionadas, los autores publican evidencias de mejores rendimientos intelectuales, conductuales y sensoriales en los pre-escolares, escolares y adolescentes que fueron amamantados en su edad lactante”⁽¹⁶⁾.

MARCO LEGAL DE LA LACTANCIA EN EL PERU

- “Código Internacional de Comercialización de los sucedáneos de la leche materna, aprobado por 181 países de la Asamblea Mundial de la Salud (Resolución 34.22)”
- “Decreto Supremo N° 003-2002-PROMUDEH, que aprobó el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2002-2012”.
- “Decreto Supremo N° 066-2004-PCM, que aprobó la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria 2004-2015”.
- “Resolución Ministerial N° 126-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 006-MINSA-INS-V.01 Lineamientos de Nutrición Materna”.
- “Resolución Ministerial N° 610-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 010-MINSA-INS-V.01 Lineamientos de Nutrición Infantil”.
- “Resolución Ministerial N° 933-2005/MINSA, que establece la conformación del Comité Técnico Institucional para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna”.
- “Reglamento de Alimentación Infantil – RAI: 1982-2006. Decreto Supremo 020-82-SA)”.
- “Reglamento de Alimentación Infantil – RAI Decreto Supremo 009-2006-SA, vigente”
- “En el 2008, se Crea la Comisión Multisectorial Para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna (Decreto Supremo N° 018-2008-SA)”.
- “Semana de la Lactancia Materna 2010, N° 615-2010/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria N° 035 MINSA / DGPS -V.01 Promoción de la Semana de la Lactancia Materna en el Perú”.

COMPOSICION NUTRICIONAL:

“La leche materna contiene: proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales, vitaminas y agua que están en cantidad y proporción adecuadas para lograr una máxima biodisponibilidad en el lactante menor de 1 año. La osmolaridad de la leche materna y su contenido en enzimas digestivas y en factores moduladores de crecimiento permiten su mejor digestión y contribuyen al desarrollo del tubo digestivo durante los primeros meses de vida del niño. Los factores moduladores de crecimiento promueven el desarrollo de la mucosa intestinal, lo que reduce la posibilidad de ingreso de proteínas extrañas, como macromoléculas, que desencadenen reacciones alérgicas. Sus proteínas (1,2 a 1,6 g/100 ml) tienen una proporción 70:30 de proteínas del suero: caseína, lo que produce un coágulo gástrico blando y de vaciamiento rápido. La proporción de aminoácidos es única, destacándose la cantidad de cisteína que es esencial para los primeros meses de vida, y de taurina, que es un modulador de crecimiento que posee un papel importante en la maduración del sistema auditivo y de la audición. La glutamina también presente en mayor cantidad en la leche materna, interviene en el metabolismo de los enterocitos del sistema linfático, lo que contribuye a aumentar las defensas frente a las infecciones gastrointestinales”⁽¹⁷⁾.

“La lactosa es el hidrato de carbono más abundante en la leche materna y su presencia en el lumen hasta porciones distales del intestino delgado contribuye a una buena absorción de calcio, fierro, magnesio y oligoelementos en el niño. Se encuentra en cantidades de 7 g/100 ml y aporta el 37% de las calorías totales”^{(17) (28)}.

“Los lípidos están presentes en cantidades de 3,5 a 4,5 g/100 ml en la leche materna y son una importante fuente de energía. La óptima utilización de las calorías grasas de la leche materna se debe a la formación de glóbulos lipídicos pequeños, adecuados al desarrollo linfático intestinal del lactante menor, como también a la contribución de la taurina a los ácidos biliares. La lipasa humana presente en la leche materna, se suma a la lipasa pancreática, cuya actividad es todavía insuficiente en el lactante menor”⁽²⁸⁾.

“La composición de Ácidos Grasos guarda óptima relación con las cantidades de fierro y vitamina E para lograr una apropiada composición de las membranas celulares. El fierro, calcio, fósforo, los oligoelementos y las vitaminas A, C, D, B y E se encuentran en la leche humana en condiciones de óptima biodisponibilidad. La presencia de ácidos grasos como el oleico, linoleico, araquidónico y docosahexanoico son esenciales para el metabolismo del Sistema Nervioso Central, particularmente de la retina y de los centros auditivos”⁽²⁸⁾.

“La presencia de inmunoglobulinas, lactoferrina, lisozima y células linfocíticas vivas en la leche materna produce una protección local y general contra las infecciones. La leche materna, como órgano vivo, trasplanta en el niño menor la experiencia inmunológica de su madre adulta. El recién nacido recibe inmunoglobulinas de la clase IgG a través del transporte placentario, pero las produce lentamente en los primeros meses, debido a la menor función de sus linfocitos T y B. Presenta, además, un déficit relativo de IgA, y de SIgA (inmunoglobulina IgA secretora). Por esta razón, es dependiente de la inmunidad que recibe de la madre a través de la leche materna. La leche materna aporta al niño

inmunoglobulinas IgG e IgM y, especialmente, IgA, que es el anticuerpo dominante y que se sintetiza en la glándula mamaria”⁽²⁸⁾.

“El niño recibe 0,5 g diarios de IgA por la leche materna, la cual es resistente a la destrucción por enzimas proteolíticas y se une a bacterias, virus y antígenos, constituyendo un tipo de defensa local muy importante. En la fracción IgA de la leche humana se han descrito anticuerpos contra muchas bacterias y virus. Conviene destacar que IgA protege contra E. coli, Salmonella, B. Pertussis y virus Polio”⁽²²⁾.

“Por tanto, la leche materna contiene elementos esenciales que favorecerán un crecimiento y desarrollo óptimo en los niños, la maduración intestinal, la protección inmunológica, la maduración cerebral, maduración de los centros auditivos y visuales, entre otros, son ventajas que todo niño merece recibir desde la primera hora de vida”⁽²²⁾.

V E N T A J A S

“Para el niño:

- La leche es el alimento natural más nutritivo para un bebé, contiene calostro, el cual es un alimento que contiene alto valor nutritivo y le proporciona anticuerpos necesarios para que el bebé esté protegido de ciertas infecciones y enfermedades futuras”⁽²⁹⁾.
- “La anemia por carencia de hierro es rara entre los niños nacidos a término y alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses”⁽²⁹⁾.

- “Previene la aparición de alergias alimentarias en el niños pues se adapta a su aparato digestivo al mismo tiempo que proporciona antígenos protectores para la mucosa gástrico de estos”⁽²⁹⁾.
- “Los infantes que fueron alimentados con lactancia materna presentan menos casos de enfermedades diarreicas aguda (el riesgo de muerte por esta causa disminuye a 18 veces en los niños), otitis, infecciones gastrointestinales e infecciones de las vías respiratorias (disminuye 3 veces)”⁽²⁹⁾.
- “Favorece el desarrollo cerebral y del sistema nervioso, mejorando la capacidad intelectual y la agudeza visual”⁽²⁹⁾.
- “La succión contribuye a un mejor desarrollo de la estructura bucal, ayudando al crecimiento de dientes sanos. Previniendo las anomalías dentarias y maxilofaciales”⁽²⁹⁾.
- “El contacto de la piel del bebé con la de su madre le va a aportar muchos beneficios ya que el tacto es el sistema sensorial que está más maduro en los primeros meses de vida”⁽²⁹⁾.
- “La lactancia hace que se mantenga la unión entre madre-hijo que se crea durante el embarazo, contribuyendo al equilibrio emocional y afectivo del niño”⁽²⁹⁾.
- “A través de la piel de la madre el bebé capta el cariño y apoyo de la madre, lo que hace que se vaya desarrollando la confianza y seguridad en sí mismo”⁽²⁹⁾.
- “Cuando el bebé lacta por completo una mama se obtiene la mejor nutrición para el bebé, ya que la parte final de la leche contiene más lípidos y tiene mayor concentración de calorías”⁽²⁹⁾

Para la madre:

- “El saber que está dando lo mejor a su hijo y que está cumpliendo correctamente con el rol de madre, la hace sentir segura y con mayor confianza en sí misma.
- Se reduce la depresión post parto.
- Se facilita la recuperación física del parto.
- La madre aprende a interpretar más rápidamente y mejor las necesidades del bebe en cada momento.
- Cuanto más se ponga al niño al pecho, más leche producirá la madre, por tanto hay que estimular el deseo de dar de lactar.
- Es un momento que estimula a que la madre esté más cariñosa con los que la rodean”⁽²⁹⁾.

Para la Familia:

- o La lactancia materna repercute en la economía familiar, porque se gastará menos en consultas al pediatra y en medicamentos, además es no se compra, no se prepara y es fácil de alimentar al bebe.

CONTRAINDICACIONES

“El niño no deberá lactar de su madre cuando se presentes las siguientes circunstancias

- Madre portadora de VIH.
- Enfermedad materna grave, de tipo orgánico o psíquico:”

- a) “Psicosis o neurosis: son una contraindicación no sólo porque puede empeorar la condición de la madre sino por los propios riesgos que el niño pudiera correr.
- b) Nefritis, eclampsia, hemorragia profusa, escasa nutrición crónica.
- c) Enfermedad infecciosa activa de la madre si el niño no la padece: presencia de gérmenes ajenos a la propia composición de la leche (estreptococos, bacilo tuberculoso, sífilis, CMV, VIH, paludismo, sepsis materna, virus de la rubeola, etc.
- d) Tóxicos consumidos por la madre: drogadicción (heroína ...), hidrocarburos clorados (insecticidas, fungicidas ...), anticonceptivos orales, clomifeno, ergotamina, quimioterápicos antineoplásicos, litio, IMAO, ciclosporina, bromocriptina, cimetidina, ranitidina, sales de oro, bromfeniramina, metoclopramida, clorfeniramina, clofibrato, griseofulvina, triamterene, colchicina, dimenhidrato, ácido etacrínico, ciproheptadina, furosemida, cloranfenicol, reserpina, hidroxicina y ketoconazol.
- e) Madre con hepatitis B (aguda o portadora), si no se inicia la profilaxis activa y pasiva del niño en las primeras 24 horas.
- f) Mastitis e infecciones agudas febriles de la madre.
- g) Pezones invertidos. Grietas en el pezón y/o areola mamaria que no ceden con su tratamiento.
- h) Enfermedad metabólica del recién nacido: galactosemia, intolerancia a la lactosa, fenilcetonuria y síndrome de hiperbilirrubinemia no conjugada grave por leche materna.
- i) Malformación bucal (labio leporino), para esta condición la madre necesitara consultar con profesional la forma de alimentar a su hijo ya sea con su propia leche o no”⁽²²⁾.

LACTANCIA ARTIFICIAL:

- “Las fórmulas lácteas infantiles son productos industriales elaborados para substituir de forma parcial o total la leche materna. Se fabrican a partir de leche de vaca adaptándola con la finalidad de simular lo máximo posible a la leche materna”⁽²⁹⁾.

Existen dos tipos de fórmulas lácteas infantiles para lactantes sanos: leche de inicio y leche de continuación.

La leche de inicio: “cubre las necesidades nutricionales del recién nacido entre los 0 y los 6 meses. Proporciona entre 60 y 75 kcal/100 ml, lactosa como principal hidrato de carbono, proteínas, grasas animales y vegetales, vitaminas y minerales. En el caso del hierro, la cantidad oscila entre 0,3 y 1 mg/100 ml de leche de inicio”⁽²⁰⁾.

La leche de continuación: “está formulada para ser consumida a partir de los 6 meses de edad, pero a diferencia de la leche de inicio, esta no cubre totalmente los requerimientos nutricionales del lactante por lo que es necesario complementar la ingesta con otros alimentos. Energéticamente es similar a la leche de inicio, entre 60 y 85 kcal/100 ml. La composición también es similar en cuanto a proteínas y grasas, y entre los hidratos de carbono se encuentra la lactosa pero también dextrina maltosa, almidón, harinas, miel o fructosa. La leche de continuación se suplementa con sales ferrosas, entre 0,7 y 1,44 mg de hierro por cada 100 ml de leche”⁽²⁰⁾.

LACTANCIA MIXTA:

“La lactancia mixta es la combinación de la lactancia materna con la artificial de forma simultánea. Esta situación se da por lo general cuando la madre no tiene suficiente leche para alimentar al niño o cuando, por motivos laborales u otros, la madre no puede ofrecer la lactancia durante todo el día”⁽²⁰⁾.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:

“Es una de las prácticas más importantes que los organismos nacionales e internacionales buscan impulsar día a día. Los primeros años de vida, constituyen el período de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño y a su vez el más vulnerable; por ello es importante proporcionarle una alimentación suficiente y adecuada, siendo la lactancia materna el alimento óptimo para el mejor crecimiento, desarrollo y maduración durante los primeros 6 meses de vida”⁽²⁰⁾.

“Se destaca de esta práctica que como vínculo afectivo y cognitivo es tan importante como el nutricional, puesto que el contacto entre la madre y el niño, brinda confianza al niño y genera en la madre un incremento de su unión con el pequeño. Tanto en función de su importancia en la alimentación como en términos de su valor para el desarrollo psicomotor, el personal de enfermería cumple un rol primordial en la aceptación de las madres para que la lactancia materna se presente de forma precoz, exclusiva y a libre demanda del niño, antes de los seis meses de vida y continuar con ella de forma complementaria hasta los dos años de edad”⁽²⁰⁾.

CALOSTRO :

“El calostro es la primera leche que produce la madre inmediatamente después del parto. El calostro es espeso; puede ser transparente o amarillo pegajoso. El *calostro* una leche muy valiosa porque:

- Tiene todos los elementos necesarios para nutrir al niño o niña desde su nacimiento;
- Protege al niño o niña contra infecciones y otras enfermedades.
- Los niños que toman calostro son bebés más sanos;
- Tiene las dosis de vitamina A y otros micronutrientes que son necesarios desde el nacimiento;
- Protege al niño o niña contra infecciones y otras enfermedades a las cuales la madre ha sido expuesta;
- Es un purgante natural porque limpia el estómago del recién nacido.

Por eso, hay que dar de mamar tan pronto nazca el niño y no es necesario darle chupón, ni agüitas, ni tecitos”⁽²¹⁾.

LACTANCIA MATERNA NO EXCLUSIVA :

“Un niño que no se amamanta, o inclusive el que no recibe lactancia exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida, pierde muchas o todas las ventajas de la lactancia que se mencionaron antes. La alternativa más común a la lactancia natural es la alimentación con biberón, ya sea una fórmula infantil manufacturada o leche de vaca u otros líquidos. Es menos frecuente que un niño en los primeros cuatro a seis meses de vida, reciba alimentos sólidos en vez de leche materna. Algunas madres utilizan taza y cuchara en vez del biberón, para

darle al bebé ya sea leche de vaca, fórmula para bebés o papilla. La alimentación con cuchara tiene algunas ventajas sobre la alimentación con biberón, pero es mucho menos satisfactoria que la lactancia”⁽²²⁾.

Infección

“Mientras que la leche materna es protectora, los métodos alternativos de alimentación infantil aumentan el riesgo de infección, debido sobre todo a que la contaminación lleva a un mayor consumo de organismos patógenos. La mala higiene, especialmente en la alimentación con biberón, es una causa importante de gastroenteritis y diarrea en la infancia. La fórmula para niños y la leche de vaca son un buen vehículo y medio de cultivo para organismos patógenos. Es muy difícil suministrar un alimento limpio y estéril, para alimentar a un niño con un biberón en las siguientes circunstancias”⁽²²⁾:

- “Cuando el agua que utiliza la familia se obtiene de un manantial o pozo contaminados con excrementos humanos (relativamente pocos hogares en los países en desarrollo tienen su propio suministro seguro de agua corriente).
- Cuando la higiene del hogar no es buena y el ambiente de la casa está contaminado con moscas y excrementos.
- Cuando no existe un refrigerador u otro espacio seguro para guardar la fórmula reconstituida o la leche de vaca.
- Si no existe una cocina, y cuando se necesita hervir el agua para esterilizar el biberón, alguien tiene que recoger combustible y prender el fuego.
- Cuando no hay utensilios apropiados para limpiar el biberón después de su uso y éste es de plástico deteriorado o es una botella de gaseosa prácticamente imposible de limpiar.

- Cuando la madre tiene relativamente pocos o ningún conocimiento sobre el papel de los gérmenes en la enfermedad”⁽²²⁾.

M alnutrición

“La alimentación artificial puede contribuir de dos maneras importantes a la malnutrición proteinoenergética (MPE), incluyendo el marasmo nutricional. Primero, como ya se mencionó, los niños alimentados con una fórmula láctea tienen más probabilidad de sufrir infecciones, incluyendo la diarrea, que contribuyen a deficiencias en el crecimiento y a la MPE en la infancia y en la edad preescolar. Segundo, las madres de familias pobres a menudo diluyen excesivamente la fórmula. Debido al alto costo de los sustitutos de leche materna, la familia compra muy poca cantidad y trata de estirarlos usando menos cantidad de fórmula en polvo, que la recomendada para cada comida. El niño quizá recibe el número correcto de comidas y el volumen de líquido recomendado, pero cada comida se encuentra tan diluida que puede ser muy bajo su contenido de energía y otros nutrientes para lograr el crecimiento óptimo. El resultado es: falta de crecimiento y tal vez desarrollo lento de marasmo nutricional”⁽²²⁾.

Problem as económicos

“Una desventaja muy importante de la alimentación con fórmulas lácteas es el costo para la familia y para la nación. La leche materna se produce en todos los países, pero la fórmula láctea no. La fórmula láctea es un alimento muy costoso, y si los países la importan, tienen que gastar innecesariamente divisas externas. La elección de la lactancia materna en vez de la alimentación con biberón, por lo tanto, aporta una importante ventaja económica para las familias y para los países pobres.

La fórmula láctea es un producto mejor para un niño de un mes de edad que la leche de vaca fresca o la leche entera en polvo. La leche descremada en polvo y la leche condensada azucarada están contraindicadas. Sin embargo, la fórmula infantil es sumamente costosa en relación con los ingresos de las familias pobres de los países en desarrollo. En la India, Indonesia y Kenya le costaría a una familia el 70 por ciento o más del salario promedio del trabajador para comprar cantidades adecuadas de la fórmula infantil para un bebé de cuatro meses de edad. La compra de una fórmula como sustituto de la leche materna desvía los escasos recursos monetarios de la familia y aumenta la pobreza.”⁽²²⁾.

“Un bebé de tres a cuatro meses de edad necesita alrededor de 800 ml de leche por día o quizá 150 litros en los primeros seis a siete meses de vida. En los primeros cuatro meses de vida de un bebé de peso promedio necesitaría aproximadamente 22 kilos ó 44 latas de medio kilo de fórmula en polvo. Los trabajadores de la salud y quienes dan asesoría sobre alimentación infantil en cualquier país, deben ir a los almacenes locales, averiguar el precio de los sustitutos de leche materna disponibles en el lugar y estimar el costo que comportaría suministrar ese producto, en cantidades adecuadas para un período determinado, por ejemplo, de uno a seis meses. Esta información se debe publicar y poner a disposición de los funcionarios gubernamentales y de los padres, y utilizarse tanto como sea posible para ilustrar las implicaciones económicas en las madres pobres que no lactan”⁽²²⁾.

“Para muchos países que no fabrican fórmula infantil, la disminución de la lactancia natural significa un aumento en la importación de sustitutos manufacturados de leche materna y todo lo necesario para la alimentación con biberón. Estas importaciones pueden llevar a un empeoramiento de los problemas de deuda externa que ya son graves para muchos países en desarrollo. Inclusive donde la fórmula infantil se produce localmente, la fabricación con frecuencia la

controla una compañía multinacional, y las utilidades se exportan. Por lo tanto, la preservación de la lactancia materna o la reducción de la alimentación artificiales de interés económico para la mayoría de los países en desarrollo. Los economistas y los políticos pueden estar más inclinados a apoyar programas para promover la lactancia materna cuando aprecien que dichas medidas ahorrarán divisas extranjeras. Las implicaciones económicas son casi siempre de mayor interés para ellos que los argumentos sobre las ventajas de la lactancia para la salud”⁽²²⁾.

2.2.2. CRECIMIENTO

“Se denomina crecimiento físico al aumento del número y tamaño de las células de un organismo. El crecimiento es un indicador muy sensible de la salud y de la nutrición de una población. Los grupos poblacionales en los que se observan tallas promedio más bajas son a la vez los que tienen mayores tasas de mortalidad infantil y preescolar. Mucho antes de que los signos de malnutrición sean clínicamente evidentes se puede detectar, por medio del control de salud, que el crecimiento se ha enlentecido o detenido”⁽⁸⁾.

POR QUÉ EVALUAR EL CRECIMIENTO

“El proceso de crecimiento se inicia en el momento mismo de la fecundación y culmina cuando se alcanza la madurez completa. La evaluación del crecimiento no debe ser una actividad aislada sino parte de un programa integral (W H O , 1995) y el eje alrededor del cual se articulen actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud”⁽³⁰⁾.

El crecimiento presenta cuatro características fundamentales que lo colocan en el centro de las acciones de cuidado de la niñez, las cuales se resumen a continuación:

- “Existe una estrecha relación entre el crecimiento, la nutrición, el estado de salud del niño y las condiciones de vida de él y su familia. Debido a su dependencia de factores biológicos, psicosociales y ambientales, se podría afirmar que un niño que crece bien está sano, o no presenta problemas de salud importantes, y a la inversa, toda alteración del crecimiento responde a causas que requieren especial atención, sean éstas de origen biológico, psicológico o social”⁽²³⁾.

- “La mayoría de los factores que comprometen el crecimiento normal pueden ser prevenidos o tratados. Mediante acciones simples realizadas desde el sector salud (control prenatal, **promoción de la lactancia materna**, pautas de alimentación, control del crecimiento y desarrollo, prevención y tratamiento de enfermedades prevalentes y crónicas no transmisibles) y otras que requieren especial participación de la comunidad y diferentes actores sociales (saneamiento básico, fortalecimiento de vínculos familiares, interacciones psicosociales y ambiente facilitador), es posible prevenir o tratar la mayoría de las causas que producen trastornos del crecimiento”⁽²³⁾.

- “Cuanto más temprana y prolongada es la injuria, más grave es el daño y menor la posibilidad de recuperación; es decir, se requiere una vigilancia estrecha para detectar las alteraciones del crecimiento de modo temprano”⁽²³⁾.

- “El crecimiento puede ser evaluado de manera simple y a bajo costo por medio de la antropometría. Además existen otros métodos bioquímicos o funcionales (por ejemplo: tomografía computada, etc.) de complejidad y costo variables”⁽²³⁾.

“La evaluación del crecimiento es un proceso que se inicia con mediciones del tamaño del niño, continúa con reflexiones sobre si está creciendo bien y concluye

en acciones concretas. Involucra a distintos actores: el equipo de salud y la familia”⁽²³⁾.

“La confianza es un valor fundamental para que la madre se sienta parte fundamental del proceso y para ello hay que ser consecuente, y compartir los resultados de la evaluación del crecimiento y reconocerle todo el mérito cuando se observa crecimiento satisfactorio o recuperación en los casos en los que se había detectado algún problema. Por ser la evaluación del crecimiento una práctica habitual en los controles de salud en los primeros años de vida, éste es el momento adecuado para reflexionar con los padres sobre las pautas de crianza para asegurar el crecimiento y desarrollo apropiado de su hijo”⁽²³⁾.

CRECIMIENTO DEL NIÑO AMAMANTADO

“En diversos estudios se encontraron diferencias importantes entre el patrón de crecimiento de niños alimentados exclusivamente con leche materna y las normas de referencia NCHS/OMS. En general los niños amamantados tienden a crecer rápidamente en los primeros 2 ó 3 meses, pero luego lo hacen más lentamente en comparación a la norma”⁽²⁾.

“Debe tenerse en cuenta que los datos de referencia para los primeros 24 meses provienen del estudio longitudinal del Instituto Fels (Estados Unidos, 1929-1975) en el cual sólo un pequeño porcentaje de niños recibió lactancia materna exclusiva durante 3 meses”⁽²⁾.

“Es normal para los niños amamantados ganar peso menos rápidamente cuando se los compara con normas de referencia y ello no debe interpretarse como déficit del crecimiento. En base a éstas y otras consideraciones se pone en tela de juicio el

concepto de que existe un equivalente entre crecimiento máximo y crecimiento óptimo. La recomendación de la Academia Americana de Pediatría expresa⁽²⁾: “La alimentación al pecho es la referencia o norma modelo contra la cual todos los métodos alternativos de alimentación deben ser medidos en relación con crecimiento, salud, desarrollo y toda otra evolución de corto o largo plazo”. “Esto significa que el crecimiento máximo alcanzado por los bebés con alimentación artificial no es necesariamente equivalente al crecimiento óptimo. Se concluye que la actual referencia NCHS/OMS no es la más adecuada para evaluar el crecimiento de los niños amamantados, alerta sobre el peligro de emplear estas normas como estándares y recomienda el desarrollo de una nueva referencia internacional”⁽¹⁷⁾.

Se están confeccionando nuevas curvas de la OMS en base a niños exclusivamente Lactantes maternalmente. Hasta que éstas se hallen disponibles sugerimos realizar un seguimiento personalizado que incluya otros parámetros de evaluación: ⁽¹⁾

- 1 - Estado clínico del niño.
- 2 - Desarrollo y maduración.
- 3 - Anamnesis y evaluación clínica de la lactancia materna para optimizar su rendimiento.
- 4 - Incremento de peso g/día, evaluando en controles sucesivos valores mínimos.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL LACTANTE CON RETRASO DE CRECIMIENTO

- Apático o lloroso
- Escaso tono muscular. Falta turgencia
- Pocos pañales mojados/día. Orina concentrada
- Deposiciones infrecuentes y escasas < 8 mamadas/día (muy cortas)
- Inadecuada succión - deglución
- Peso errático o pérdida de peso

ROL DE ENFERMERIA

“El rol de enfermería en la promoción de la lactancia abarca todos los niveles de atención, siendo así que en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED) su deber primordial es fomentar la lactancia materna de forma durante los primeros 6 meses de vida, y extender su práctica durante la alimentación complementaria hasta que el niño cumpla los 2 años por medio de la educación y difusión de la importancia que posee esta práctica, para el óptimo crecimiento y desarrollo del niño, a través de actividades preventivo promocionales, abarcando esta las de tipo intramurales (actividades educativas, educación a la madre, etc.) y extramurales (campañas de salud, visitas domiciliarias, etc.)”.

“En el ámbito hospitalario enfermería posee un rol protagónico y privilegiado en la promoción, protección y apoyo de la Lactancia Materna, ya que es el personal que tiene la oportunidad de estar en contacto directo con la madre y el niño. Si bien la lactancia materna es un proceso natural, el mantenimiento de esta práctica requiere el personal de enfermería debe facilitar a las madres a alcanzar, mantener y proteger esta práctica saludable”.

“El rol de la enfermera en el componente de CRED es evaluar el crecimiento y desarrollo psicomotor del niño; que en relación a la lactancia materna exclusiva, la consejería y educación de su práctica es una de las mejores intervenciones para proteger la nutrición y desarrollo de los niños; es por ello, que el personal de enfermería tiene entre sus funciones desarrollar una efectiva consejería en lactancia materna; que permita fortalecer la autoconfianza de la madre, que le brinden información exacta, que mejoren las técnica de alimentación y prevenga y/o solucione problemas relacionados a la Lactancia materna. Siendo este último evaluado a través de los test como la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) o Pauta Breve (PB) y el crecimiento que ayuda a la enfermera

a determinar el nivel de desarrollo que posee el niño que asiste a su control; posteriormente a la evaluación la enfermera en su desempeño de la consejería en el servicio CRED, brinda la pautas a las madres de las condiciones que favorecen el óptimo desarrollo del niño como es la estimulación temprana, un buen estado de salud, y la alimentación saludable y adecuada para la edad de su niño, dentro de esta, volviendo a resaltar la enfermera la importancia de la lactancia materna exclusiva del niño hasta los 6 meses y mantener su consumo hasta los dos años de edad del niño”.

Teoría de los cuidados de Kristen Swanson

Kristen M. Swanson, es teórica de Enfermería, “que nació el 13 de Enero de 1953 en Providence, Rhode Island (E.U). Se graduó como enfermera en School of Nursing (1975); luego realizó estudios de pos -graduación como Magister y Doctora en Enfermería. Sus trabajos de investigación en el área Materno infantil con abordaje fenomenológico descriptivo dieron origen a la teoría de Los Cuidados. Para Swanson, Enfermería es cuidado informado para el bienestar del otro (madres, neonatos y familia). Este se informa mediante el conocimiento empírico a partir de enfermería y de ciencias a fines, humanidades, experiencias clínicas y los valores personales y sociales de las personas⁴³. Luego, enfermería es la disciplina conocedora de los cuidados para el bienestar de madres, bebés y familia. Con respecto a cómo Swanson define las personas, las madres, niños y familia del programa de lactancia materna, deben ser vistos por enfermería, como seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando son capaces de manifestar sus pensamientos, sentimientos y conductas⁴⁴. Además, las experiencias vitales de madres, niños y familia están influidas por una compleja interacción de lo genético, espiritual y su capacidad de ejercer la autonomía, por lo cual las personas moldean y son moldeadas por el medio donde viven. Las madres con sus recién nacidos, apoyados en su familia, son seres dinámicos, en crecimiento, espirituales (las conecta con una fuente eterna, misterio, vida, creatividad y serenidad. Este puede ser el alma, un poder superior, energía positiva), que se auto -reflejan y que desean estar conectados con otros. La autonomía les

ofrece la capacidad de decidir cómo actuar, ante un rango de posibilidades; por tanto el Profesional de Enfermería debe aceptar la individualidad, asumir el liderazgo en la lucha por los derechos humanos, igualdad al acceso a los servicios de salud y otras causas humanitarias. Si el Profesional de Enfermería piensa en las madres, niños y familias que buscan sus cuidados en el programa de lactancia materna, también necesitan pensar en sí mismas, en otras enfermeras y su cuidado y demandan ser cuidadas por los demás. Otro fenómeno de interés que aborda Swanson en el cuidado de Enfermería es la salud, como el restablecimiento del bienestar de madres, niños y sus familias de apoyo, siendo éste un complejo de cuidados y curación que incluye desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud. El cuidado de enfermería, trasciende la mejora de una persona, per se, y la asiste para alcanzar, mantener o recuperar el nivel óptimo de bienestar requerido para responder a las demandas, sortear obstáculos, utilizar los recursos personales y del entorno”.

Finalmente, el profesional de enfermería, “debe considerar el entorno que rodea a madres, niños y familias, como el contexto donde viven, que ellos influyen y son influenciados por aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos, económicos, religiosos, entre otros. Coherente con los planteamientos anteriores, ella define cuidado como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal⁴⁵. Independientemente de la experiencia y de los años de ejercicio laboral del profesional de enfermería, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales, creados por la propia actitud filosófica de la (el) enfermera (o), estableciendo cinco categorías o procesos que se presentan de manera separada, pero que constituyen una secuencia de intervenciones de enfermería para el cuidado informado y la cual aplica a todas la relaciones de cuidado; en donde la(el) enfermera(o) diagnostica, trata las respuestas humanas a problemas de salud actuales o potenciales⁴⁶. Estas categorías son”:

- **Conocer:** “Es esforzarse por entender el significado de todos los elementos y situaciones que influyen en la vida de la mujer, recién nacido y su familia, cuidar en el programa de lactancia materna, implica evitar suposiciones, centrarse en madres, recién nacidos y su

familia, a través de valorar comprensivamente todos los aspectos de su condición y su realidad, y finalmente comprometer estrategias que impacten de manera positiva en las necesidades sentidas por ellos⁴⁷. Esta categoría como un cuidado terapéutico, es forzada por el conocimiento empírico, ético y estético, de las diferentes respuestas que las personas tienen ante los problemas de salud reales o potenciales”.

- **Mantener las creencias:** “Es mantener la fe en la capacidad de la madre de iniciar la lactancia y superar las barreras que surjan en la transición hacia la adopción y mantenimiento del nuevo rol, teniéndola en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado del binomio madre e hijo y sus familias en cualquier situación. La (el) enfermera(o) debe definir lo importante y hacia dónde va a dirigir el cuidado durante la lactancia materna”⁴⁸.

- **Estar con:** “Estar emocionalmente presente, en donde se trasmite a la madre, hijo y familia la importancia de sí mismos y de sus experiencias para los profesionales de Enfermería y la institución. La presencia emocional es una forma de compartir los significados, sentimientos y experiencias vividas por las madres, recién nacidos y familia quienes buscan cuidado en el programa de lactancia materna. Es el mensaje claro de disponibilidad para ellos y la habilidad de cuidado durante la lactancia materna⁴⁹. Es darle tiempo, presencia auténtica, escuchar atentamente y responder reflexivamente. Es dar todo de sí, y hacer de tal forma que las madres, niños y familiares perciban el compromiso, preocupación y atención personal del profesional de Enfermería. La (lo) enfermera (o) asume responsabilidades con las madres, niños y familias, pero también debe asumir la responsabilidad consigo misma; pues existe una línea fina entre asumir la responsabilidad del otro y asumirlo como propia. Cuando el profesional de enfermería no puede mantener la responsabilidad frente a madres, niños y familiares y lo que le agobia, reduce su propio bienestar, las relaciones interpersonales y profesionales y el desempeño de sus funciones”.

- **Hacer por sí:** Hacer por la madre y su hijo o hija lo que ella haría por sí misma, si le fuese posible de manera inmediata, adelantándose a las necesidades, confortar, actuar con

habilidad, competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad, todo lo anterior con el fin de ayudar a la madre a ganar autonomía lo más rápido posible.

- **Posibilitar:** Es permitir a la madre el autocuidado, es decir facilitar el paso a través de transiciones de la vida y eventos no familiares como lo son la lactancia materna acompañada del nuevo rol de madre que debe asumir; permitiéndole tener su experiencia por medio de entrenamiento, explicación, generación de alternativas y retroalimentación. Es asegurar el bienestar de la madre y el hijo e hija a largo plazos⁵².

2.4. VARIABLES.

- Variable Independiente:

Adherencia a la lactancia: La lactancia materna el alimento óptimo para el mejor crecimiento, desarrollo y maduración durante los primeros 6 meses de vida. Y la adherencia es la conducta que tienen las madres al dar prioridad los primeros 6 meses de su niño(a).

Se midió a través de los siguientes indicadores:

Adherente: Cuando el niño solo recibió lactancia materna y se dio por: 6 meses + 8 o más lactadas x día. Mayor a los 50 % al 100 % de respuestas contestadas (8 ítem s)

No Adherente: Cuando: La lactancia materna duro de 5 meses o menos, la frecuencia fue de 7 veces o menos y/o hubo complicaciones. Menor de 50 % de respuestas contestadas (7 ítem s)

- Variable Dependiente:

Crecimiento de niños menores 0- 6 meses:

Se midió a través de los siguientes indicadores:

Normal: Peso: > 2.500 a <4300; Talla:> 46 a <53.5; Perímetro cefálico: 34.8.

En riesgo: Peso >2.400 a < 2.499; Talla: 44 a 46; Perímetro cefálico: 33.

Bajo: Peso: < 2.400; Talla: <44; Perímetro cefálico:>33.

2.4.1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

ADHERENCIA A LA LACTANCIA MATERNA:

Conducta de la madre para que el niño no reciba ningún otro alimento que no sea su leche entre los 0 a 6 meses de edad con una frecuencia igual o mayor a 8 veces por día, que contiene características únicas que beneficiaran al niño, excluyendo cualquier otro alimento o agua.

CRECIMIENTO

Está definido como la capacidad que el niño presente cambios estructurales o anatómicos durante su proceso de crecimiento, donde los factores ambientales como es el caso de dar de lactar al infante, se ve influenciada y en peligro en este proceso de manera general, se utilizarán indicadores de crecimiento o también denominadas **MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**; que son Peso, Talla, Edad. Además se tendrá en consideración los datos establecidos por OMS que son los siguientes:

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

Peso

Es la masa corporal expresada en gramos. El peso se obtiene a través de una báscula previamente calibrada donde se coloca el producto desnudo en decúbito dorsal sobre una superficie, y se mide kilogramos y gramos.

Unidades de medición: Gramos.

Talla

Longitud total del recién nacido. Tomada del vértice a la planta del pie. La talla se obtiene utilizando una cinta métrica y se mide desde la parte más prominente del polo cefálico hasta la parte distal de la planta del pie y se describe en centímetros y milímetros.

Perímetro cefálico:

Circunferencia máxima del cráneo expresada en cm. Al igual que la talla en el perímetro cefálico se utiliza una cinta métrica y se midió desde la parte más ancha por encima de las orejas y las cejas. Su crecimiento se evalúa hasta los 24 meses para comprobar el buen desarrollo del bebé.

Tabla: Talla, peso y perímetro cefálico promedio de recién nacidos niño/niña

Nacimiento Aproximadamente Normal de un niño en cuanto al peso es de 2.500 kg a 4.300 / 46 a 53.5 cm (Talla)/34.8 cm (perímetro cefálico) recién nacido. Si es niño, lo normal en su peso es 2.400 a 4.200 kg/ 45.5 a 53 cm (Talla)/ 34.1 cm (perímetro cefálico) recién nacida.

Niño	Peso medio	Talla	Perímetro craneal
Recién Nacido	3.4 kg	50.3 cm	34.8 cm
3 meses	6.2 kg	60 cm	41.2 cm
6 meses	8 kg	67 cm	44 cm

Niña	Peso medio	Talla	Perímetro craneal
Recién nacido	3.4 kg	50.3 cm	34.1 cm
3 meses	5.6 kg	59	40 cm
6 meses	7.3 kg	65	42.8 cm

Fuente: Dra. Esther Martínez García (Especialista en pediatría)

* Los datos serán evaluados de acuerdo a la entrevista a la madre con referencia de la importancia de la lactancia materna en el lactante y comparados con el gráfico de crecimiento adecuado e inadecuado.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Hipótesis alternativa (H1)

- Existe relación estadística significativa entre la adherencia de la lactancia materna y el crecimiento de niños de 0 – 6 meses que acuden al área de CRED del Centro de Salud Moronacocha – 2018.

Hipótesis Nula (H0)

- No Existe relación estadística significativa entre la adherencia de la lactancia materna y el crecimiento de niños de 0 – 6 meses que acuden al área de CRED del Centro de Salud Moronacocha - 2018.

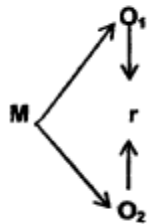
3.2. TIPO DE INVESTIGACION

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo puesto que las variables de adherencia de la lactancia materna y el crecimiento tendrán una medición.

Teniendo en cuenta los objetivos que posee este estudio el nivel es aplicativo, pues se concentra en estudiar y contribuir a la obtención de datos que el establecimiento de salud podrá utilizar en el área de Crecimiento y Desarrollo.

3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

“El diseño es el descriptivo correlacional, de corte transversal, ya que está orientado a establecer el grado de relación o asociación no causal existente entre dos o más variables. Se caracteriza porque primero se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacional y la aplicación de pruebas estadísticas, se estima la correlación”.



Dónde:

- M : Niños menores de seis meses.
- O₁: adherencia de la Lactancia Materna.
- r: relación entre las dos variables.
- O₂: Crecimiento.

3.4. MÉTODO:

El método de investigación fue realizado en el Centro de Salud Moronacocha – 2018.

EL ámbito específico de estudio fueron los consultorios del área de Crecimiento y Desarrollo del niño sano, está bajo la responsabilidad de Licenciadas en Enfermería, con apoyo de personal técnico de enfermería.

3.5. POBLACION Y MUESTRA:

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por 82 niños menores de 6 meses de edad que asisten bajo el cuidado de su madre a su control de CRED en el Centro de Salud Moronacocha – 2018.

3.3.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 68 niños (as) menores de seis meses que asisten bajo el cuidado de su madre al área de CRED durante los meses de edad a quienes se les reviso sus historias clínicas familiares para verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión.

La muestra fue obtenida a través del muestreo no probabilístico por conveniencia, siendo las madres captadas cuando demandaron los servicios del área de CRED.

3.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Para el proceso de recolección de datos se realizaron los trámites administrativos correspondientes dirigidas a la dirección del Centro de Salud Moronacocha. Se seleccionó como técnica la entrevista y la observación, como instrumentos la encuesta y el protocolo de Escala de Evaluación del Crecimiento, el primer instrumento se aplicó de forma personal a cada madre de familia que acuda con su niño al área de CRED, mientras que el segundo fue llevado a cabo a través de una visita domiciliaria.

“La estructura del primer instrumento (la encuesta) posee 3 partes: Introducción, que contiene la presentación, el objetivo y la confidencialidad de los datos; la segunda, corresponde a los datos generales, la tercer parte; constituyen el contenido

propiamente dicho para medir la adherencia a la lactancia materna, el cual presenta ítem s que hacen referencia al tiempo y frecuencia de la lactancia materna así como también el uso de lactancia artificial y el inicio de la alimentación complementaria. El segundo instrumento consta de un cuadro para evaluar el nivel de Crecimiento de los niños que se encuentren dentro de los 6 meses de vida, este cuadro posee ítem s que abarcan desde los 0 a 6 meses, puesto que el protocolo establece evaluar desde la etapa anterior en la que se encuentre el niño hasta la etapa donde apruebe todos los ítem s, pudiendo esta ser superior a la edad en que se encuentre el niño”.

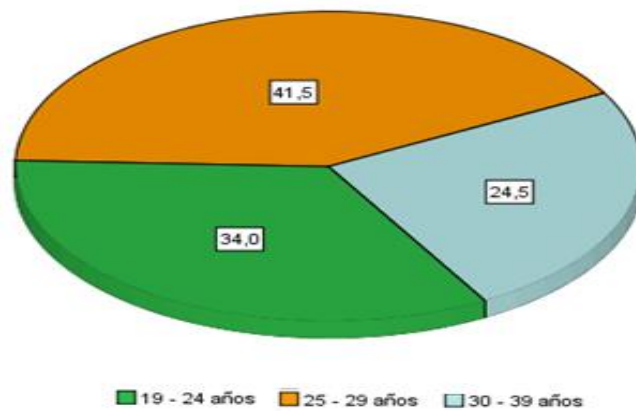
CAPITULO IV

RESULTADOS.

4.1. Análisis tablas y gráficos

4.1.1. EDAD DE LA MADRE.

Gráfica 1: Edad de la madre (%).



Fuente: Elaborado por Torres C., (Tesis-UPO). Encuestas enero-febrero del

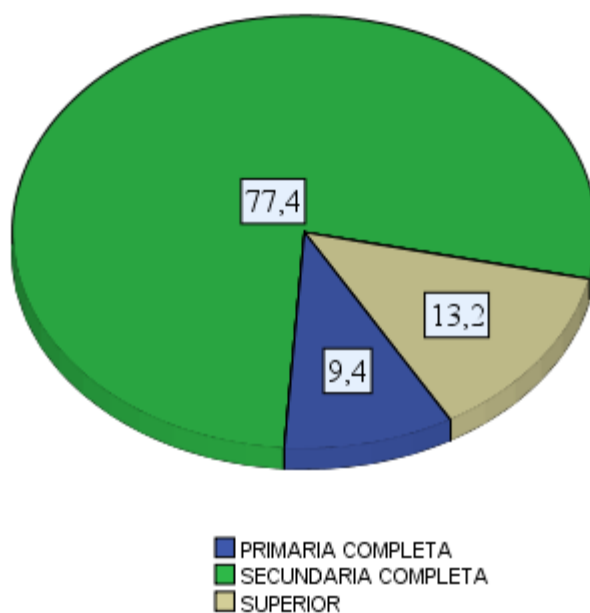
2018

Análisis:

En la gráfica 1 se muestra la edad de las madres encuestadas en el área de CRED, del Centro de Salud Moronacocha se observó que del 100 %, el 34 % presentaba edades entre 19 – 24 años, 41.5 % presentaba edades entre 25 – 29 años y el 24.5 % presentaba edades entre 30-39 años. Es decir que la mayoría de madres el 41.5% son mujeres que tienen edades de 25-29 años.

4.1.2 GRADO DE INSTRUCCIÓN

Gráfica 2: Grado de Instrucción de la madre (%).

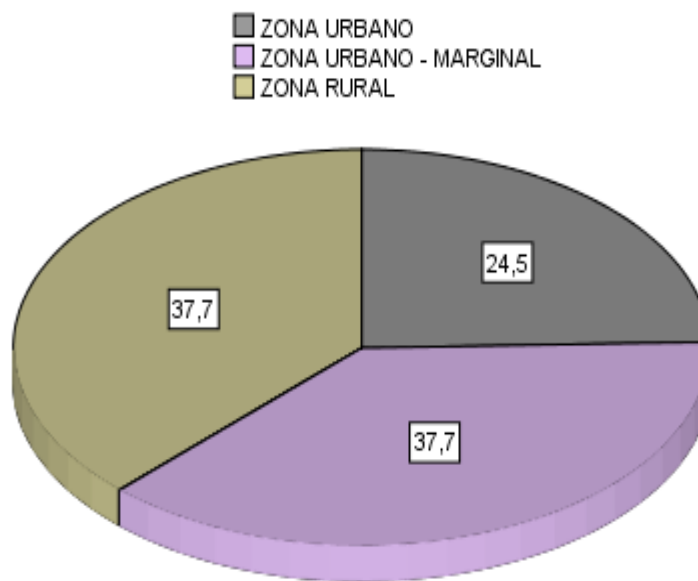


Fuente: Elaborado por Torres C., (Tesina-UPO). Encuestas enero-febrero del 2018

En la gráfica 2 se muestra la edad de las madres encuestadas en el área de CRED, se observó que del 100 % del Centro de Salud “Moronacocha”, 9,4 % tiene primaria completa, un 77.4 % tiene secundaria completa y el 13.2 % tiene estudios superiores. Es decir que la mayoría de las madres el 77.4 % son mujeres que tienen secundaria completa.

4.1.3. LUGAR DE PROCEDENCIA

Gráfica 3: Lugar de procedencia de la madre (%).

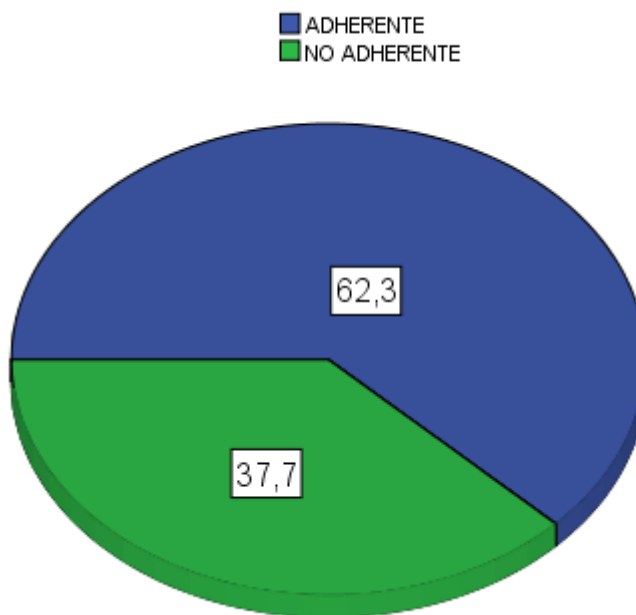


Fuente: Elaborado por Torres C., (Tesis-UPO). Encuestas enero-febrero del 2018

En la gráfica 3, se muestra el lugar de procedencia de las madres encuestadas en el área CRED, se observó que del 100 % del Centro de Salud “Moronacocha”, 24.5 % viven zona urbano, un 37.7 % zona urbano-marginal y el 37.7 % zona rural. Es decir que las madres de la zona urbano-marginal y la zona rural son los que mayoritariamente acuden al centro de salud.

4.1.4. ADHERENCIA DE LAS MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA

Gráfica 4: Adherencia de la madre sobre Lactancia Materna (%).

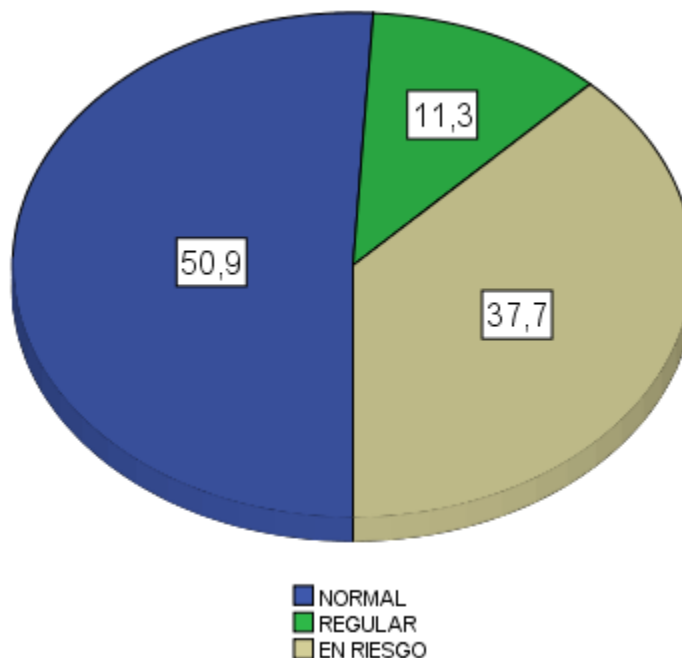


Fuente: Elaborado por Torres C., (Tesina-UPO). Encuestas enero-febrero del 2018

La gráfica 4, muestra la Adherencia de las madres sobre lactancia materna en el área de CRED, se observó que del 100 % del Centro de Salud "Moronacocha", el 37.7 % no mostraron adherencia a la lactancia materna hasta los 6 meses de edad de sus niños y el 62.3 % si mostró adherencia a esta práctica. Mayoritariamente las madres tienen adherencia a la lactancia materna hasta los 6 meses, periodo mínimo requerido para que los niños logren un buen crecimiento.

4.1.5. EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES CRECIMIENTO EN LOS NIÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRED.

Gráfica 5: Evaluación del crecimiento en niños/as en relación a las medidas antropométricas. (%)



Fuente: Elaborado por Torres C., (Tesis-UPO). Encuestas enero-febrero del

2018

La gráfica 5, muestra el crecimiento de los niños que acuden en el área CRED, se observó que del 100 % del Centro de Salud I-3 "Moronacocha", el 50.9 % tienen un crecimiento Normal, 11.3 % tienen un crecimiento regular y un 37.7 % tienen un crecimiento en riesgo. Si bien es cierto que de cada 100 niños 51 tiene un crecimiento normal, también se observa que de cada 100 niños 38 tienen un crecimiento en riesgo, lo que significa que tendría muchos niños con desnutrición aguda.

4.2 ANALISIS BIVARIADO

4.2.1. RELACION DE LA ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA Y EVALUACION DE LOS INDICADORES DE CRECIMIENTO EN NIÑOS DE NIÑOS DE 0 – 6 MESES.

TABLA 1: Relación de la adherencia de lactancia materna y la evaluación de los indicadores de crecimiento.

ADHERENCIA DE LACTANCIA MATERNA	EVALUACION DE CONTROL DE CRECIMIENTO						TOTAL	
	NORMAL		EN RIESGO		BAJO			
	N	%	N	%	N	%	N	%
ADHERENTE	27	51	6	11.3	0	0	33	62.3
NO ADHERENTE	0		0	0	20	37.7	20	37.7
TOTAL	27	51	6	11.3	20	37.7	53	100

Fuente: Elaborado por programa spss versión 22.

En la tabla 1, se aprecia la relación entre la adherencia a la lactancia materna y el crecimiento de niños de 0-6 meses, se observa que el 51 % presenta un crecimiento normal lo que indica que la adherencia de la madre es favorable, un 11.3 % presenta un crecimiento regular lo que indica que la adherencia de la madre no es tan buena ni mala y por ultimo un 37.7 % presenta un crecimiento en riesgo lo que indica que la adherencia de la madre es desfavorable, lo cual perjudica el crecimiento del niño

DISCUSIÓN

La presente investigación sobre adherencia de la lactancia materna y el crecimiento de niños de 0 – 6 meses, involucra también el estudio de casos de la madre y algunas características sociodemográficas, en primera instancia se reporta que la edad de la madre comprendida entre 25 y 29 años fue del 41,5% , es decir un elevado número de madres son jóvenes, es sucedido por madres aún más jóvenes con edades entre 19 a 24 años con un 34% y finalmente el menor porcentaje representan madre en edades comprendido entre los 30 a 39 años, resultados similares fueron reportados por Albino ⁽³⁰⁾, en un estudio sobre la adherencia a la lactancia en niños menores de 6 meses, este autor indica que la mayoría de las madre fueron de edades comprendidas entre 20 a 24 años (30%), así mismo expresa que el 20 % están comprendidas entre edades por encima de los 30 años. sin embargo, los datos cambian con madres menores de 19 años (7%). Por otro lado, Sevilla *et al.*, ⁽⁸⁾ mencionan que el promedio de las edades de las madres encuestadas fluctuó entre 23,56 \pm 6,3 y 25,9 \pm 7,03 años, madres bastante jóvenes. Así mismo, en cuanto al grado de instrucción de las madres se reporta que más del 77% solo tienen secundaria completa y solo un 13,2 % estudios superiores, datos que son respaldados por Albino ⁽³⁰⁾, ya que éste evidencia en su estudio un 70% con instrucción secundaria completa, 20% primaria completa y el 10% con una carrera técnica y/o universitaria. Por otro lado, García ⁽³¹⁾ reporta resultados diferentes ya que el nivel de instrucción de las madres fue de 56,7% para secundaria, 20% entre primaria y técnica y sólo un 3,3% de madres fueron profesionales. Sin embargo, es preciso mencionar que el patrón es repetitivo en cuanto al nivel de instrucción secundaria en todos los estudios, así como de madres con nivel de instrucción de superior.

En cuanto al lugar de procedencia de la madre se tiene que el 37,7 % de las madres provienen de zonas urbanas y urbanas – marginales ambos con el mismo porcentaje y solo el 24,5 % provienen de zonas rurales, esto mismo es por la ubicación del centro de salud en donde se realizó el estudio, ya que los lugares más cercanos son zonas urbanas – marginal, resultado que difiere con lo mencionado por Alvarado ⁽³²⁾ ya que en su estudio encuentra que un 66% de madres provienen de zona urbana , el doble de lo que se muestra

en este estudio, así mismo este autor menciona que el 5 % provienen de zonas rurales y un 29 % de zonas urbano – marginal, este último dato es similar a lo obtenido. Sin embargo, cabe mencionar que la población de estudio es diferente para cada caso, lo cual puede influir en los resultados finales.

En cuanto al grado de adherencia de las madres sobre la lactancia se reporta un 37,7 % no adherente y un 62,3% presenta adherencia a la lactancia, al menos el estudio demuestra que la mayoría de madres considera que la lactancia es importante para el desarrollo normal del niño durante los primeros 6 meses, sin embargo, es importante mencionar que en este estudio no se consideró un estudio completo de desarrollo psicomotor que complementaría y validaría aún más la investigación. En este marco, Albino ⁽³⁰⁾ encuentra resultados inversos, ya que el 60% no mostraron adherencia a la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad de sus niños y el 40 % si mostró adherencia a esta práctica. En tal sentido, este mismo autor reporta que no existe relación significativa entre el grado de adherencia a la lactancia y el desarrollo psicomotor del niño. En este sentido, algunos indicadores de crecimiento en niños nos muestran que el 50,9 % presentan un crecimiento normal y un 37,7% se encuentra en riesgo el crecimiento. Así en el análisis bivariado, refuta al autor antes mencionado ya que se obtuvo un grado de asociación altamente significativa ($p = 0,000$; $p < 0,05$) entre la adherencia de la lactancia materna y el crecimiento del niño. En cuanto al desarrollo psicomotor no se descarta la posibilidad de la pérdida o el retraso de algunas funciones del niño, en este sentido Maldonado ⁽⁷⁾ refuerza la afirmación ya que su evaluación evidencia que los niños analizados con lactancia normal durante los primeros seis meses de vida, presentaron una media en el cociente madurativo de aproximadamente 99 puntos, 9 puntos más que la media obtenida por los niños alimentados con fórmulas lácteas. Sin embargo, Sevilla *et al.*, ⁽⁸⁾ en su estudio comparativo en niños, no encuentra correlación entre las variables (Perímetro Braquial (cm), Pliegue Cutáneo Tricip (mm) y Superficie Óseo Muscular (cm²) en niños alimentados con fórmula artificial exclusiva y lactancia materna exclusiva, si bien es cierto el enfoque del estudio no es precisamente grado de adherencia a la lactancia y el crecimiento, sin embargo se observa un cierto nivel de independencia entre las variables analizadas.

CONCLUSIONES

En base a los objetivos planteados y los resultados encontrados en el presente trabajo de investigación llego a las siguientes conclusiones:

- se observó que del 100 % del Centro de Salud “Moronacocha”, con respecto a la edad de las madres un 41.5 % presentaba edades entre 25 – 29 años lo que indica un mayor porcentaje de madres con estas edades que acuden al C.S Moronacocha, y que un 77.4 % tiene secundaria completa, también se observó que un 62.3 % si mostró adherencia a esta práctica, por lo que el 50.9 % de niños tuvieron un crecimiento Normal.

- El análisis estadístico demuestra que existe relación entre la adherencia a la lactancia y el crecimiento del niño, por lo que se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre la adherencia de la lactancia materna y el crecimiento de niños de 0 – 6 meses

RECOMENDACIONES

- Para el Centro de Salud, implementar sus estrategias de capacitación sobre la importancia que tiene la lactancia materna en el crecimiento y desarrollo de los niños, de esta forma se alcanzara que la madre tome conciencia y responsabilidad en el tema, logrando disminuir la desnutrición infantil en menores de 0-6 meses.
- Para los profesionales de enfermería como miembros del equipo de salud y responsables de prevención y promoción del área de CRED del centro de salud Moronacocha – 2018 debe ser fundamental la actualización de sus conocimientos para capacitar e instruir a las madres, de esta forma tengan un nivel de conocimiento adecuado sobre lactancia materna
- Realizar investigaciones en cuanto a la adherencia de la lactancia materna en otros Centros de salud públicos y privados, así como en Hospitales donde la población de estudio será amplia y así se podrá obtener resultados más definitivos y específicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O M S. Lactancia materna exclusiva (visitado el 18-04-13) (Disponible en http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/).
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El amamantamiento, base para un futuro saludable. New York, UNICEF: División de Comunicaciones; 1999: 1-16.
3. Minsa, Plan de actividades, Semana de la lactancia materna en el Perú. Visitado el 18-14-2013) (Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/lactancia/normatividad/RM615-2010-MINSA.pdf>
4. Minsa. ¿Por qué la leche materna es buena para mí? (Visitado el 17-04-13) (Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/lactancia/presentacion.html>).
5. Arancibia Rodríguez Y Undurraga” Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor “Chile 1974..
6. Gilberto Treviño, CR. “Manual de Pediatría” Segunda Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. febrero 2009.
7. Maldonado Sabando, Emilio. Lactancia materna vs. Alimentación con fórmulas lácteas. Estudio comparativo de sus efectos en el crecimiento en niños entre 6 a 24 meses de edad, realizado en el hospital Guayaquil “Abel Gilbert Pontón”, octubre 2014 - marzo 2015. Rev. “Medicina” Vol. 11 N° 1. Año 2015
8. Sevilla Paz Soldán R, Zalles Cueto L, Santa Cruz GW. Lactancia Materna vs Nuevas Fórmulas Lácteas Artificiales: Evaluación del Impacto en el Desarrollo, Inmunidad, Composición Corporal en el Par Madre/Niño. Gac Med Bol [revista en la Internet]. 2011 [citado 2013 Abr 08] ; 34(1): 6-10. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662011000100002&lng=es..

9. Chasi Sánchez, JN. "Crecimiento Y Desarrollo Psicomotor En Niños Menores De Un Año En Relación Con La Lactancia Materna Y Artificial En El Hospital Provincial General De Latacunga Septiembre 2011- Enero 2012".
10. Walley & Wong "Enfermería Pediátrica" 4ta edición Ed Mosby Madrid-España 1995.
11. Hoekelman R. Atención Primaria en Pediatría. Ed. Harcourt Mosby, 1º Ed; 2002: 204-219
12. Muñoz VIJ, Martínez ME, Ramírez AAL, Díaz MMC, Bazavilvazo RN, Hernández OR. Ablactación: criterios que usan el personal de salud y las pacientes para su inicio. Nutr Clin. 2003; 6: 345
13. Rodríguez, S. Arancibia, V. Undurraga, C.(1987)Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 – 24 meses. 4ªedición. Editorial Galdoc. Santiago de Chile.MINSAL 2008: Manual para el apoyo y seguimiento de desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años.
14. Bedmar Carretero, C . "Efecto del tipo de lactancia durante el primer año de vida sobre el estado de hierro y el desarrollo físico y psicológico del niño 2012" Tesis doctoral Visitado el 17-04- 2013) Disponible en :[http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/97212/Tesi.pdf?sequence=.](http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/97212/Tesi.pdf?sequence=)
15. Manual para el apoyo y seguimiento dedesarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años.
16. ENDES-INEI. Encuesta demográfica y salud familiar. LIMA; 2013.
17. OMS. [base de datos en línea].Ginebra; 2006. [fecha de acceso 10 de Mayo de 2014).URL disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/esl>
18. INEI. Encuesta demográfica y salud familiar. LIMA: 2013.
19. Maria Teresa Marczuk. "Grado de conocimiento de lactancia materna de famadre a adolescente". Grado de especialista en pediatría y puericultura. España: Universidad Centrooccidental ·Lisandro Alvarado"; 2011.
20. Hernández M , Pareja L, Bellido Z. "Conocimiento del método de lactancia maternaamenorrea en puérperas usuarias del programa de planificación familiar y su acepción". Grado licenciado en Enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.

21. Ubillús G, Lamas C. "Estado nutricional del lactante de uno a seis meses y tipo de lactancia"_ Título Profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2009.
22. Rojas J. "Lactancia materna y cáncer de mama: un estudio caso-control en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza". Título Profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
23. OMS - UNICEF. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del niño pequeño. Primera edición. E.E.U.U; 2009.
24. Rodríguez V - Simon E. "Bases de la Alimentación Humana". Quinta edición. España. Editorial Netbiblo; 2008.
25. Martha Raile- Ann Marñner... Modelos y Teorías en Enfermería.. Séptima edición. España. Editorial Elsevier Mosby; 2011
26. Rosario Ayela. "Lactancia Materna". Primera edición. España. Editorial educando; 2009.
27. Comité de la Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. "Lactancia Materna guía para profesionales". Quinta edición. España. Editorial Ergon; 2012.
28. Víctor Rodríguez R "Bases de alimentación humana". Tercera edición. España. Editorial netbiblo; 2013.
29. WHO Working Group on Infant Growth. An evaluation of infant growth: the use and interpretation of anthropometry in infants. Bull WHO, 73 (2): 165-74, 1995.
30. Albino F. "Relación que existe entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el nivel de desarrollo psicomotor del niño de 6 meses que acude al servicio de CRED de un centro de salud". Universidad Nacional mayor de San Marcos. facultad de medicina e.a.p. de enfermería. Tesis de pregrado. Lima, Perú. 2015.
31. Garcia L.A. Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. centro de salud materno infantil

Tahuantinsuyo bajo. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. E.A.P. de medicina humana. Lima – enero, 2015.

32. Alvarado F. D. R. factores sociodemográficos maternos que influyen en la práctica de estimulación temprana y desarrollo psicomotor en niños lactantes. Centro de salud José Carlos Mariátegui. Escuela de enfermería de padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma. Lima, 2013.

A N E X O

ADHERENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y EL CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 0-6 MESES DEL ÁREA DE CRI del
CENTRO DE SALUD MORONACocha-2018

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
VARIABLE INDEPENDIENTE Adherencia ala Lactancia Materna	Conducta de la madre para que el niño no reciba ningún otro alimento que no sea su leche entre los 0 a 6 meses de edad con una frecuencia igual o mayor a 8 veces por día que contiene características únicas que beneficiaran al niño, excluyendo cualquier otro alimento o agua.	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: Es una de las prácticas más importantes que los organismos nacionales e internacionales buscan impulsar día a día. Los primeros años de vida constituyen el periodo de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño y a su vez el más vulnerable, por ello es importante proporcionarle una alimentación suficiente y adecuada, siendo la lactancia materna el alimento óptimo para el mejor crecimiento, desarrollo y maduración durante los primeros 6 meses de vida.	Adherente: Cuando el niño solo recibió lactancia materna y se dio por: 6 meses + 8 o más lactadas x día. Mayor a los 50% al 100% de respuestas contestadas (8 ítems) No Adherente: Cuando la lactancia materna duró de 5 meses o menos, la frecuencia fue de 7 veces o menos y/o hubo complicaciones. Menor de 50 % de respuestas contestadas (7 ítems)	Ordinal	Ítems indicados en la Fichade muestra

		<p>LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:</p> <p>NO</p> <p>Un niño que no se alimenta o inclusive el que no recibe lactancia exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida, pierde muchas o todas las ventajas de la lactancia que se mencionaron antes. La alternativa más común a la lactancia natural es la alimentación con biberón, ya sea una fórmula infantil manufacturada o leche de vaca u otros líquidos.</p>			
--	--	---	--	--	--

VARIABLE DEPENDIENTE CRECIMIENTO	<p>Está definido como la capacidad que el niño presenta cambios estructurales o anatómicos durante su proceso de crecimiento, donde los factores ambientales como es el caso de dar de lactar al infante, se ve influenciada y en peligro en este proceso de manera general, se utilizarán indicadores de crecimiento o también denominados MEDIDAS ANTRÓPOMETRICAS</p>	Normal:	Peso > 2500 a < 4000 Talla > 46 a < 53,5 Perímetro cefálico > 34,8	ordinal	Ítems indicados en la Ficha de muestra
		En riesgo	Peso > 2400 a < 2499, Talla > 44 a < 46, Perímetro cefálico > 33		
		Bajo	Peso < 2400, Talla < 44, Perímetro cefálico < 33		

ANEXO 1

ENCUESTA DIRIGIDO A LA MADRE DEL NIÑO DE 6 MESES

I. INTRODUCCION

Sra. Buenos días, mi nombre es Candy Lucia Ysabel Torres Mazuca, soy estudiante del quinto año de Enfermería de la UPO, actualmente me encuentro trabajando en coordinación con la enfermera encargada del programa de crecimiento y desarrollo, así mismo con el Centro de Salud "Moronacocha, con el objetivo de obtener información acerca de la lactancia materna de los niños en los primeros 6 meses de vida y su relación con el desarrollo psicomotor, la información que se comparta será de carácter confidencial y solo para el uso indicado, para lo cual solicito su colaboración y responder con la mayor sinceridad posible.

II. DATOS GENERALES:

DE LA MADRE:

1. ¿Qué edad tiene usted?

2. ¿Qué grado de instrucción presenta?

3. ¿Cuáles es su estado civil?: a) Soltera () b) casada () c) conviviente ()

DEL NIÑO:

4. ¿Qué día nació el niño?

5. ¿Cuántos meses tiene? (meses cumplidos)

6. Sexo: a) Masculino () b) Femenino ()

7. ¿Cuáles es la razón de su cita?

a) Control () b) Control y Consulta ()

Motivo:

III. CONTENIDO PARA MEDIR LA ADHERENCIA A LA LACTANCIA MATERNA:

1. ¿Ha dado de lactar a su niño?

a) Si

b) No

2. ¿A qué edad comenzó usted a darle leche materna a su hijo?

a) Desde que nació

b) A la semana que nació

c) Desde el primer mes

d) Nunca Explique porque:

3. ¿Cuántas veces al día le daba de lactar?

a) 3 veces al día

b) 5 veces

c) 8 o más veces al día

d) No hay horario, cada vez que me pedía.

4. ¿Hasta qué edad le dio de lactar a su niño?

a) Hasta los 3 meses

b) Hasta los 4 meses

c) Hasta los 5 meses

d) Hasta el 6to mes o más.

5. ¿En algún momento le dio leche de fórmula a su hijo?

a) Todo el tiempo

b) Antes de los 2 meses

c) 3 a 5 meses

d) Nunca Explique porque:

6. ¿Interrumpió en algún momento la lactancia materna?

a) Unos días

b) Una semana

c) 1 mes o más

d) Nunca Explique porque:

7. ¿Motivo principal por la que interrumpió la lactancia materna?

a) Tenía poca leche.

b) Me tuve que incorporar al trabajo

c) Mi hijo aumentaba poco de peso.

d) No creí necesario continuar.

- e) Tuve problemas con el pecho.
- f) Empezó a rechazar el pecho
- g) Empezó a tomar líquidos.
- h) Hospitalización del niño.
- i) Otros.

8. ¿A qué edad recibió su primer alimento sólido?

- a) A los 3 meses
- b) A los 4 meses
- c) A los 5 meses
- d) A los 6 meses o más

9. ¿Le da pecho siguiendo un horario o cada vez que el niño lo pida?

- a) Un Horario.
- b) Cada vez que el niño le pide.

10. ¿Cada cuánto tiempo le da de lactar a su niño durante el día?

- a) Menos de dos horas
- b) Cada dos horas.
- c) Cada tres horas.
- d) Más de tres horas.
- e) No lacta a su niño

11. ¿Cuánto dura la lactancia que le da a su niño?

- a) hasta vaciar las mamas (30 min.)
- b) hasta vaciar una mama (15 min)
- c) lacta poco, no vacía la mama.
- d) No lacta a su niño.

12. ¿El niño recibió agüitas (te anís, agua tratada) antes de los 6 meses?

- a) Si, desde los 3 meses
- b) Si, desde los 4 meses.
- c) Si, desde los 5 meses.
- d) Nunca Explique porque:

13. ¿Qué tipo de agüitas?

- a) Agua Pura
- b) Infusiones
- c) Otros
- d) Ninguna

14. ¿Usted cree que la leche materna le proporciona el crecimiento a su niño?

- a) Si
- b) No

15. ¿Usted, hasta que edad cree que es importante darle solo leche materna a su niño?

- a) Hasta los seis meses.
- b) Antes de los seis meses
- c) Después de los seis meses
- d) otros

Adecuado: mayor a los 50% al 100% de respuestas contestadas (8 ítems)

Inadecuado: Menor de 50 % de respuestas contestadas (7 ítems)

IV. CONTENIDO PARA MEDIR EL CRECIMIENTO

Peso al nacimiento: Talla al nacimiento: Perímetro cefálico:

CONTROL AREA DE IPRESS MORONACocha

Peso actual del niño(a)

(percentil):

Talla actual del niño(a)

(percentil):

Perímetro Cefálico del niño

(percentil):

Normal: Peso: > 2.500 a <4300; Talla:> 46 a <53.5; Perímetro cefálico: 34.8.

En riesgo: Peso >2.400 a < 2.499; Talla: 44 a 46; Perímetro cefálico: 33.

Bajo: Peso: < 2.400; Talla: <44; Perímetro cefálico:>33.

¡G R A C I A S !

ANEXO 2
UNIVERSIDAD PERUANA DEL ORIENTE
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda:

Yo _____, declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio "*Relación que existe entre la adherencia a la Lactancia Materna y el Crecimiento de niños de 0- 6 meses, que acuen al servicio de CRED en el Centro de Salud "Moronacocha", Iquitos 2018?*", cuyo objetivo es Determinar la relación entre la adherencia a la Lactancia materna y el crecimiento.

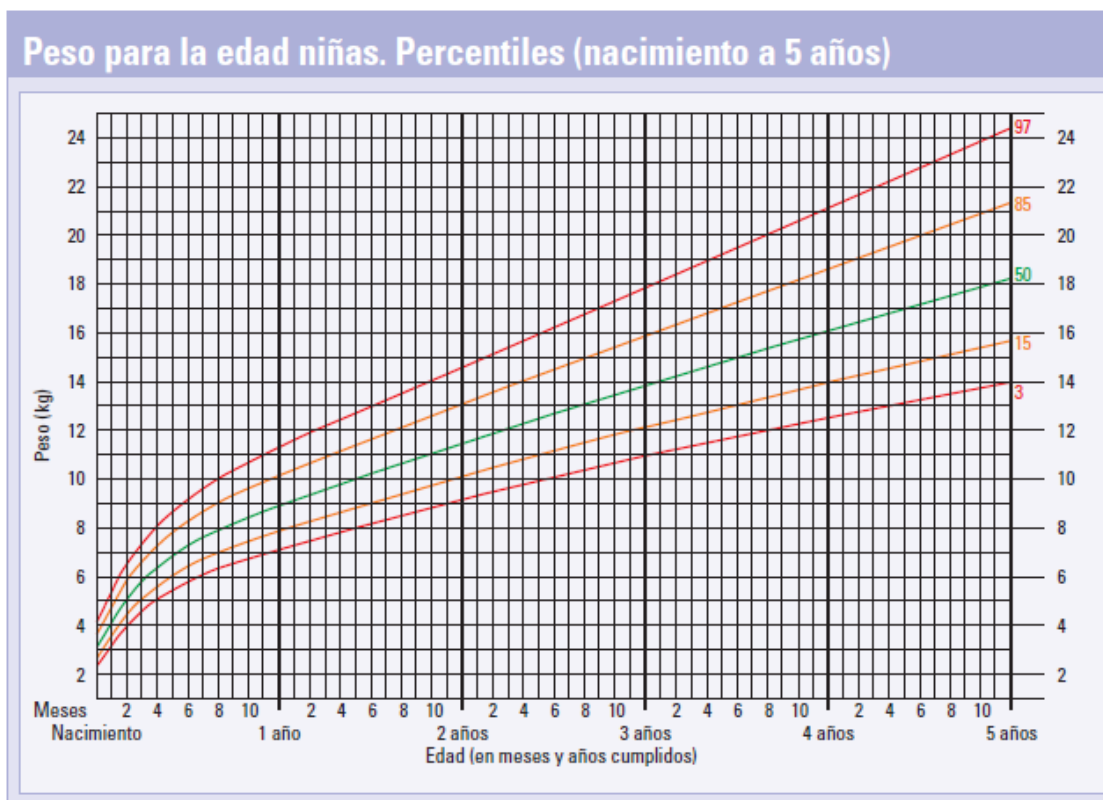
Estoy consciente de que los procedimientos para lograr el objetivo mencionado consistirá en la aplicación de una encuesta y una visita domiciliaria y que no representa riesgo alguno a mi persona y la de mi hijo.

Es de mi consentimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que lo desee, sin ser afectado en mi trato o atención.

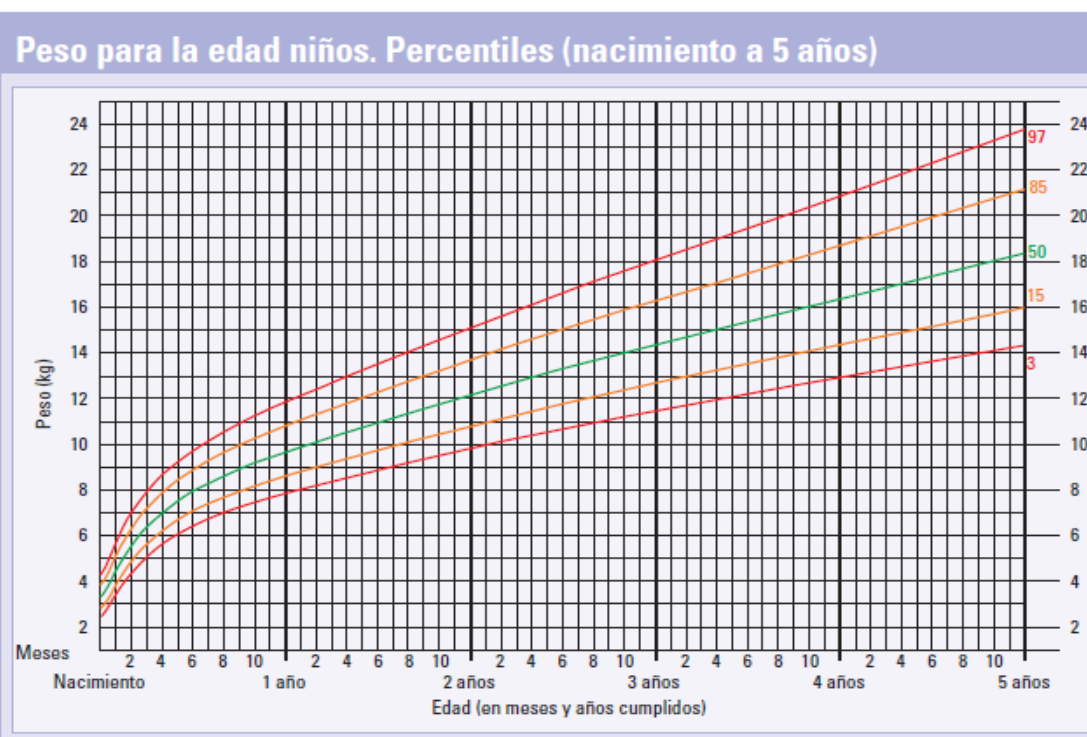
Iquitos, de del 2018.

Firma de la madre

ANEXO C: GRAFICÓ DE CURVA DE PESO EN PERCENTILES EN
NIÑOS/NIÑAS

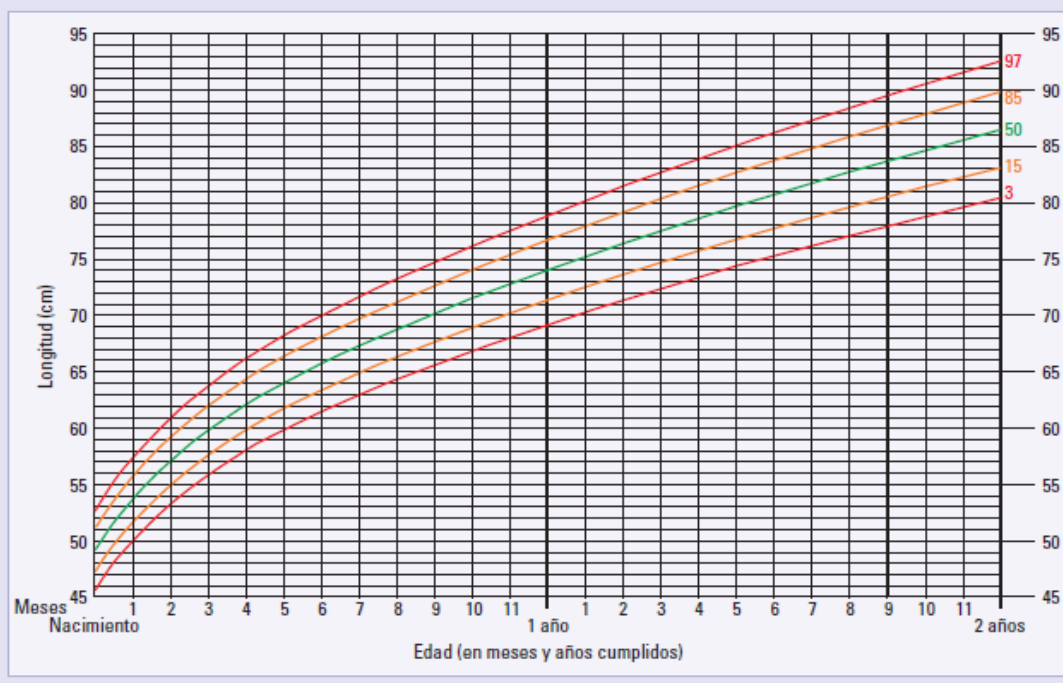


Patrones de crecimiento infantil de la OMS.



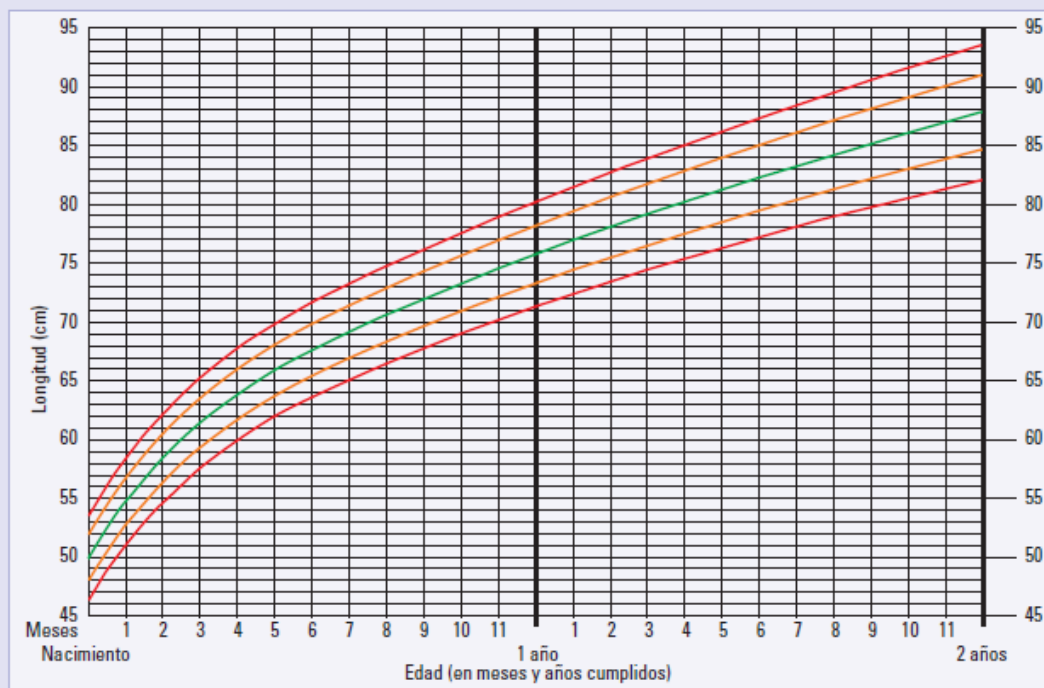
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Longitud para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 2 años)



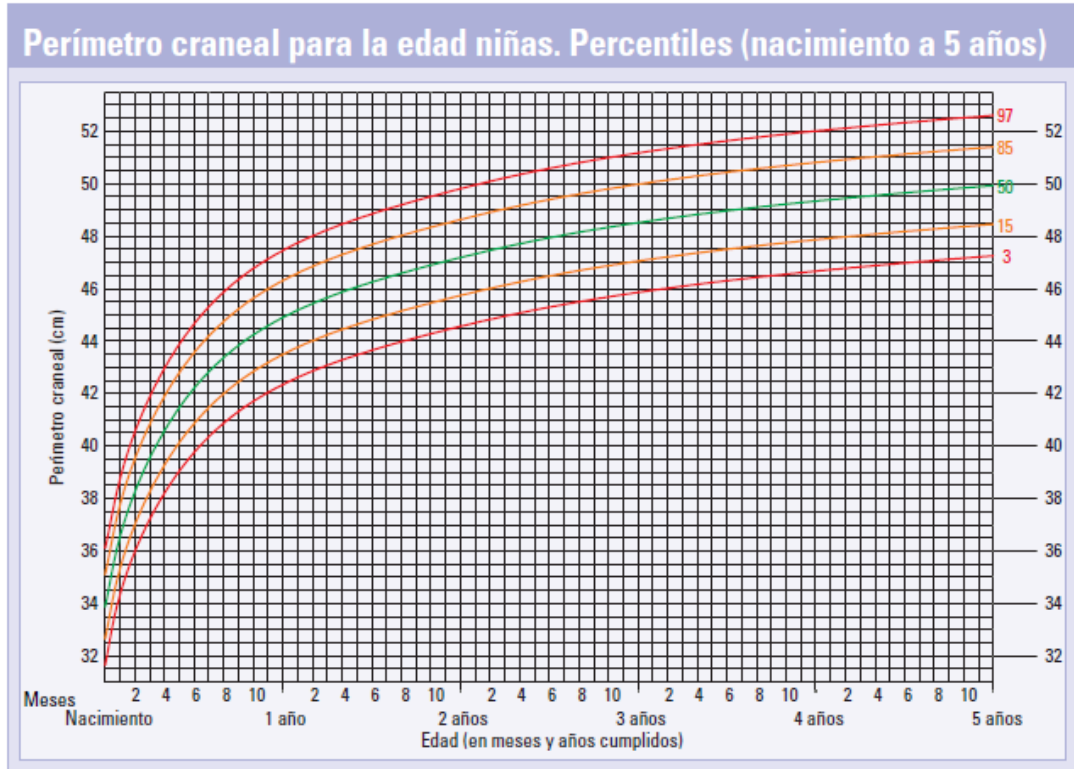
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Longitud para la edad niños. Percentiles (nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

ANEXO 3: GRAFICÓ DE CURVA DE PERIMETRO CEFALICO EN
PERCENTILES EN NIÑOS/NIÑAS



Patrones de crecimiento infantil de la OMS.